



ツバサメディカル
医療機器販売相談依頼書

お申込日： 年 月 日

医療機関名		担当者	
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
ご希望メーカー		ご希望機種	
ご希望型式番号		ご希望年式	
ご予算など			

この用紙に記入いただきました情報は、当該業務のみに使用し、他の目的で使用することはいたしません。

お問い合わせ・ご要望がありましたらご記入ください。



0242-23-8779

ツバサメディカル TEL. 0242-23-8779