

医療機器お見積り依頼用紙

(カタログに価格を表示していない商品専用)



ご注文日 年 月 日 枚目 / 枚中
必ずご記入ください。(納品書、請求書に記載がございます。)

お客様番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

貴院名	<input type="text"/>
ご注文担当者	必ずご記入ください。 <input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
FAX番号	<input type="text"/>

記入欄 お見積り希望商品の商品番号・商品名・ご希望数量をご記入ください。

記入例	00000000	ポータブルスリットランプ コーワ SL-17	1台
-----	----------	------------------------	----

	商品番号	商品名	希望数量
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※本用紙を受領後、改めて見積書をお送りいたします。
お見積り書のご提示にお時間をいただく場合がございます。予め承知おきください。

弊社記入欄(お客様の記入は不要です。)

受付	回答
/	/