

# お医者様用\_FAX見積依頼書

ver.S

・下記をご記入頂いたうえで、当社までFAX返信ください。FAX:03-5856-6106//御見積書(兼 ご請求書)をお送りいたします。  
 ・FAX見積依頼書では注文は確定いたしません。

## お客様情報 (※は必須)

医院名(※)	
輸入医師名(※)	(ふりがな)
ご担当者様名	輸入されるお医者様以外がご注文の担当をされる際に、ご記入下さい。
医院住所(※)	(〒 - )
TEL(※) 携帯	日中にご連絡のつくお電話番号を、いずれかご記入下さい
FAX	FAXにて御見積を希望される方は必須でご記入下さい。
E-mail(※)	@ 納期確認等の連絡先となります。FAXでの連絡をご希望される際は、必要ございません。

以下は、お分かりになる範囲でご記入下さい。

## 見積依頼商品

医薬品コード	医薬品名	数量	価格	価格小計
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
※その他【送料】・【輸入消費税】等が発生いたします。 ※銀行振込にてお願いいたします。			商品合計金額	円

① 右記のご記入は必須ではございません。 レポートにてご注文される際のみ、ご希望がございましたら (○) をご記入下さい。 なお、医薬品の管轄及び出荷国の輸送状況により、ご希望に添えないケースがございます。詳しくは御見積返信時にスタッフより確認させていただきます。	申請方法	通常申請	・	特急申請
	輸送手段	国際宅急便(UPS便/Fedex便 等)	・	国際郵便
	輸送方法	常温輸送	・	冷蔵輸送

②	御見積書(兼 ご請求書)の受取方法に(○)をお付け下さい	FAX	・	E-mail
---	------------------------------	-----	---	--------

③	全てご記入頂きましたら、【03-5856-6106 (年中無休24時間受付)】までFAXください。
---	---

FAX見積依頼書を当社が受領後、通常24時間以内(営業日)に御見積書(兼 ご請求書)をお送りさせていただきます。

ご意見・ご質問等ございましたらご記入下さい。

