

冊子のご注文、お見積をFAXにてお受けいたします。

下欄に必要事項をご記入の上、送信してください。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

| 商品名 | 仕様 | 見積希望 | 注文希望 | 部数 |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|----|
| 使ってみませんか ジェネリック医薬品 | B5判・4P 既製本 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B5判・4P カスタマイズ版 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ジェネリック医薬品希望カード | 薄手(テレホンカードタイプ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 厚手(キャッシュカードタイプ) ※他の材質をご希望の場合は お問い合わせください | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ジェネリック利用状況などの
内容説明を希望する

希望する

希望しない

希望納品日 月 日

カスタマイズの内容 (カスタマイズ版をご希望される方のみ)

ご要望やご質問があればお書きください

お客様名 (見積書送付先・納品先)

※見積書・請求書送付先と納品場所が異なる場合は別途ご連絡ください。

| | | |
|----------|-----------------------------------|--|
| 団体名 | 担当部署名 | |
| 担当者名 | | |
| 住所 | 〒 - | |
| TEL | FAX | |
| メールアドレス | <input type="checkbox"/> 新刊の案内を希望 | |
| 見積書の送付形式 | <input type="checkbox"/> FAX | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 見積書不要 |