

こちらの申込用紙をご記入の上、指定のFAX番号まで送信ください

医療用医薬品

**FAX**

**買取**

**03-3254-1117**

ご連絡先

氏名

住所

〒

電話番号

(携帯電話でも可)

FAX番号

その他：連絡欄

見積商品内容

記入例： 1. アリセプト D 5mg140T 6個 2019/11

(商品名：規格：容量：個数) (使用期限)

1. \_\_\_\_\_ 個  
 2. \_\_\_\_\_ 個  
 3. \_\_\_\_\_ 個  
 4. \_\_\_\_\_ 個  
 5. \_\_\_\_\_ 個  
 6. \_\_\_\_\_ 個  
 7. \_\_\_\_\_ 個  
 8. \_\_\_\_\_ 個  
 9. \_\_\_\_\_ 個  
 10. \_\_\_\_\_ 個

11. \_\_\_\_\_ 個  
 12. \_\_\_\_\_ 個  
 13. \_\_\_\_\_ 個  
 14. \_\_\_\_\_ 個  
 15. \_\_\_\_\_ 個  
 16. \_\_\_\_\_ 個  
 17. \_\_\_\_\_ 個  
 18. \_\_\_\_\_ 個  
 19. \_\_\_\_\_ 個  
 20. \_\_\_\_\_ 個

