

サイガファーマ医療用医薬品 お問い合わせシート

FAX 03-3256-4814

| | |
|----------------|-------|
| 法人名(病院・医院・薬局名) | ご担当者: |
| 住所:〒 | |
| 電話: | FAX: |
| E-MAIL: @ | |

●ご注文のお問い合わせ

※わかる範囲でご記入ください

| No. | 医薬品名 | メーカー | 規格 | 包装単位 | 数量 | 希望納期 |
|-----|------|------|----|------|----|------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

●買い取りのお問い合わせ

※なるべく詳しくご記入をお願いいたします。特に使用期限は必ず明記してください。

| No. | 医薬品名 | メーカー | 規格 | 包装単位 | 数量 | 使用期限※必須 |
|-----|------|------|----|------|----|---------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

●お問い合わせ

株式会社サイガファーマ TEL 0120-10-3256 FAX 03-3256-4814 E-MAIL saiga@saiga-ph.jp

FAX 03-3256-4814