

見 積 依 頼 書

訪問希望 (月 日 時頃)

電話希望 (月 日 時頃)

ご希望される に✓印のうえ、必要事項をご記入いただき、

ご返信ください。

医療機関お名前	
ご依頼者お名前	
ご住所	
電話番号	
FAX番号	

* 見積無料 安心価格にてご提案いたします。

その他ご質問・ご希望欄

神戸医師協同組合 行き

FAX 078-242-5616

* お見積りはKスタジオから直接FAXを差し上げます

神戸医師協同組合

TEL. 078-241-8819



甦る工房

K スタジオ

担当：小泉

* この用紙にご記入いただいた内容は、当該事業にのみ使用し他の目的には一切使用いたしません。