

発注書・見積依頼書

必要事項をご記入のうえFAXください

必須選択	発注 ・ 見積	ご依頼日	年 月 日
------	---------	------	-------

1	プリンター型番			
	カートリッジ型番			
	ご希望のカートリッジタイプ	リサイクル品 ・ 純正品		
	ご注文数量	本	回収数量 (※純正品をご購入の場合)	本

2	プリンター型番			
	カートリッジ型番			
	ご希望のカートリッジタイプ	リサイクル品 ・ 純正品		
	ご注文数量	本	回収数量 (※純正品をご購入の場合)	本

3	プリンター型番			
	カートリッジ型番			
	ご希望のカートリッジタイプ	リサイクル品 ・ 純正品		
	ご注文数量	本	回収数量 (※純正品をご購入の場合)	本

貴院名		ご担当者	
住所	〒		
TEL		FAX	

- [納 期] 在庫のある場合は、午前中までのご発注で翌営業日にお届けします。
 在庫のない場合は、商品が入荷次第お届けします。
 一部の商品はリターン再生となり、約2週間かかります。(該当する場合はご連絡いたします)
 ※リターン再生とは・・・お手持ちの使用済みカートリッジを先に引き取った後にリサイクルすることです。
- [回 収] リサイクルをご購入の場合：商品に同梱の無料回収専用FAX用紙をご利用ください。
 純正品をご購入の場合：本用紙の回収数量欄にご記入ください。
- [印字不具合] ゼネラルお客様相談窓口 (0120-701-538) にご連絡ください。(土日祝、年末年始を除く9:00~17:00)
 ※個人情報の取り扱いについては、ご依頼内容を実行する以外の目的には使用しません。

送信先 神戸医師協同組合

【FAX】 0 7 8 - 2 4 2 - 5 6 1 6

お問い合わせは【TEL】 0 7 8 - 2 4 1 - 8 8 1 9