

▲
FAX 番号 : 0120-97-5240 (フリーFAX)

光成薬品 医薬品 FAX 買取シート

以下の項目をご記入頂き、FAXにて弊社までお送り下さい。

■お客様情報

御社名	
氏名 (必須)	
ふりがな	
住所 (必須)	
電話番号 (必須)	
FAX 番号	
メールアドレス	@
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX

■買取ご希望商品

No	商品名	規格	包装	数量	有効期限
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

■備考

--