

FAX ☎ 0120-06-2283

展示会参加申込書・医療機器お見積依頼書

以下ご記入のうえ、OMC購買1課までFAXしてください。

フリガナ	
お名前	
医療機関名	
ご住所	〒
ご連絡先	電話 () - FAX () -

医療機器展示会 参加申込

◆参加を希望される日程に○をご記入ください。

○ 2/17(水) ○ 2/25(木) ○ 3/18(木) ○ 3/25(木)

◆ご興味のある機器があればご記入ください。

お見積依頼・資料請求

商品コード	<input type="text"/> - <input type="text"/>	商品名	<input type="text"/>	<input type="button" value="お見積"/>	<input type="button" value="資料請求"/>
商品コード	<input type="text"/> - <input type="text"/>	商品名	<input type="text"/>	<input type="button" value="お見積"/>	<input type="button" value="資料請求"/>
商品コード	<input type="text"/> - <input type="text"/>	商品名	<input type="text"/>	<input type="button" value="お見積"/>	<input type="button" value="資料請求"/>

※パンフレットに記載のない商品についても、ご自由にご記入ください。

その他、ご相談等ご要望をご記入ください。

〈個人情報の取扱いについて〉

上記ご記入いただいた事項は、医療機器商品や消耗品に関する各種案内に利用させていただきます。なお、ご案内を作成するために必要な範囲内で、ご記入いただいた事項を大阪府医師協同組合に提供することに同意の上、ご記入ください。

医療機器のお見積依頼の第一報はぜひOMCまで!