

Welch Allyn

スポット™ビジョンスクリーナー患者様&ご家族説明用リーフレット お申込書

ウェルチ・アレン スポット™ビジョンスクリーナーをご購入頂き誠にありがとうございます。

患者様、ならびにご家族への説明用リーフレットのお申込は、以下のお申込書に必要事項をご記入頂き、FAXにてお申込ください。

一回当たり、**100部**の発送になります。



★：入力必須項目となります

★フリガナ ★お名前	
★医療機関名	
★診療科目・役職	
★住所（リーフレット送付先）	〒
★ご連絡先電話番号	- -

ご依頼受付から発送品到着までは1週間ほどお時間がかかります。

FAX 送信先： 03-3219-0074

ウェルチ・アレン・ジャパン株式会社

ウェルチ・アレン スポット™ビジョンスクリーナー リーフレット係 宛



WelchAllyn®

WWW.WELCHALLYN.JP