院内医薬品集作成　見積依頼 FAX フォーム

送信日：　　年　　月　　日

貴院名	ふりがな お名前
ご所属・役職	
ご住所	
ご連絡先　TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－ E-mail	
□見積希望　□サンプル冊子希望　□相談希望　□その他（　　）	

お見積依頼書

無料でお見積りいたします。
ご希望の内容を下記にご記入後、メールまたは FAX にてお送りください。

採用医薬品数　　品目

印刷部数　□ 印刷あり　　部
□ 印刷なし（PDF データのみ）

サイズ　□ A6（105mm×148mm）
□ B6（128mm×182mm）
□ A4（210mm×297mm）
□ その他（　　）

□ フルタイプ（病院ごとにカスタマイズ）

□ ライトタイプ（効能・用法のみのシンプル版）

□ リストタイプ（採用薬品名の一覧）

ご希望タイプの□に✔をつけてください

● フルタイプの場合　本文項目のご希望

本文掲載項目　（必表示項目以外）

□ 効能効果　□ 用法用量　□ 警告
□ 禁忌　□ 併用禁忌　□ 重大な副作用
□ 投与制限日数　□ 薬価　□ 貯法
□ その他（　　）

● 付録掲載のご希望

追加項目（お客様独自資料）
□ 掲載あり　（約　　ページ）
内容についてご記載ください

□ 掲載なし

その他ご要望がございましたらご記入ください

※ お客様より頂いた個人情報は弊社にて厳重に管理し、第三者に提供することは絶対にいたしません。

FAX

有限会社 中央印刷　FAX 097-533-7779
〒870-0025 大分市顕徳町2丁目2番38号　TEL 097-532-3805