



FAX 送信先 0467-81-5338

(医療機関様用) 商品サンプル 貸出し申込書

以下の全ての項目にご記入の上、FAX を送信してください。
翌々営業日以内に、当店から内容確認のお電話をさせていただきます。

医療機関名	
医療機関名(フリガナ)	
代表者様 氏名	
代表者様 氏名(フリガナ)	
代表者様 役職	
担当者様 氏名	
担当者様 氏名(フリガナ)	
担当者様 部署	

送付先 住所	〒
送付先 電話番号	
送付先 FAX 番号	

◆貸出ご希望の商品サンプルに○をつけてください。

- () 脱毛ケア・スウェット帽子 (Mサイズ、Lサイズ、L サイズ・リバーシブル)
- () GILOFAコンプレッソフィクスサポーター (Sサイズ、Mサイズ、Lサイズ)
- () GILOFAスタンダードソックス (Sサイズ、Mサイズ、Lサイズ)

◆同封ご希望品に○をつけてください。

- () 脱毛ケア・スウェット帽子のパンフレット
- () 商品一覧表
- () FAX注文用紙

以下の事項に同意していただける場合は、チェック☑をして、自署サインをしてください。

- 貸出しされた商品サンプルは、適切に保管し、サイズ確認や使用感テストのためにのみ使用することに同意します。
- 貸与期間は、原則1年間とし、返却要請があった場合には速やかに返却いたします。

担当者様ご氏名(自署) _____