

FAX送信先
※ご記入後FAXにてお送り下さい。

03-5440-7377

納品書発行システム申込書

コンタクトレンズお取引様専用

申込み日 年 月 日

※ 会社名				コードNO	
※ 住所					
※ 担当者名		※ E-mail			営業担当
※ TEL			FAX		

※ は、必ずご記入お願い致します。


ご利用頂く為の「ID・PW」はお申込み受付後、5日程でメールにてお送り致します

パナメディカル(株)使用欄

納品書 区分		PW	
ID		送付日	年 月 日

備 考

A	B
/	/

 眼科領域の総合商社
パナメディカル株式会社
〒105-0014 東京都港区芝1-5-11
TEL:03-5440-7373 FAX:03-5440-7377