

無料サンプル申込書 医療 介護施設・介護事業所用

冷凍飲み込みサポート食品 あい 菜

※ご希望のものにをご記入下さい。

- サンプル (カップタイプ 袋タイプ)
 パンフレット (部)

ご注文日

月

日

お名前	フリガナ
病院・施設名	
職種	
ご住所	〒
電話番号	
ファックス番号	
配達希望日	月 日 <input type="checkbox"/> 希望無し
配達希望時間	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 20時～21時

※ ご指定日の目安は本日より4日以降となります。

※ 諸般の事情により若干到着が遅れる事があります。

土曜・日曜・祝日は休業日となります 土曜・日曜・祝日中のご注文は休業日あけの出荷になります。



株式
会社

医療給食

〒462-0051 名古屋市北区中切町5-17

TEL:052-990-7752 FAX:052-910-5515

E-mail:info@iryous-is.jp

お手数ではございますが、上記欄に必要事項をご記入いただき
ファックスにて送信をお願い致します。

FAX:052-910-5515