

**FAX : 03-5909-5851**

メリットメディカル・ジャパン株式会社  
カスタマーサービス 宛  
TEL : 03-5989-0200

ご注文日	
------	--

## ヘパスフィア 専用注文書

貴社名			
ご担当者名			
電話番号		FAX番号	

### ご注文内容

貴社ご注文番号		納品ご希望日	
---------	--	--------	--

出荷先名			
出荷先住所			
出荷先電話番号			

**ご使用施設** : トレーニング受講記録の確認が必要なため、施設名/診療科名/医師名を必ず記入してください

使用する施設名			
使用する診療科			
使用する医師名 (フルネーム)			
施設の住所			
施設の電話番号			

ご注文製品	カタログ番号	製品名	規格	注文数 (単位 : 個)
	V325HS	ヘパスフィア (1個入)	50-100μm	
	V525HS	ヘパスフィア (1個入)	100-150μm	
	V725HS	ヘパスフィア (1個入)	150-200μm	

備考	
----	--