

サンプル申込用紙

お客様情報			
申込日	平成	年	月 日
お客様名	〒		
ご住所			
TEL		FAX	
定休日			
レセコン名		プリンタ名	

- レセコン名は必ずご記入下さい。
- サンプルご希望の商品を選び、右申込欄に丸印をご記入ください。

商品名		申込
感熱ロールラベル	セパレートタイプ (90 × 60mm)	
	セパレートタイプ (90 × 38mm)	
	セパレートタイプ (95 × 55mm)	
	セパレートタイプ (78 × 46mm)	
	連続タイプ (ラベル幅 90 台紙幅 98)	
	連続タイプ (ラベル幅 90 裏スリット入り)	
	連続タイプ (80 × 20mm マイクロミシン入り)	
	その他 ()	
薬情ラベル	1面ラベル	
	2面ラベル	
レーザーレセプト用紙	A4 穴あき白紙用紙 (NIP カット紙)	
お薬手帳セット	お薬手帳 (キッズ・スリム・レギュラー・エグゼ) , 手帳ホルダー	
処方せん	A5 コピー用紙 (複写防止)	
薬袋	コンピュータ薬袋 裏面イラスト入り (A4・B5・A5・B6)	
	コンピュータ薬袋 無地 (A4・B5・A5・B6)	
薬歴簿	白紙追記式薬歴簿 70Kg (A4)	
	白紙追記式薬歴簿 70Kg (B5)	
カタログ	CMSカタログ (中央メディカルシステム商品カタログ)	
	アプロンカタログ (病院・薬局衣料品カタログ)	
その他	その他 ()	

お申込はこちら

中央メディカルシステム株式会社

FAX 0120-34-4734

その他のお問合せは…TEL 0120-89-9700