

FAX 048-924-1717

FAX専用 ご注文用紙

ご注文日： 年 月 日

貴院・貴社名	
担当者様氏名	
ご住所	
TEL	
FAX	

商品名	品番	枚数	備考

ご意見・ご要望

--

ご注文ありがとうございます。後日確認のお電話をさせていただきます。

電話

0120-500-896

(048)924-5757(代)

FAX

(048)924-1717

ホームページ

<http://www.pencabin.com>

Eメール

medical@pencabin.com

※FAX、E-mail は24時間受付いたします。



ペンキャビン株式会社

医療事業部

営業本部：〒340-0034 埼玉県草加市氷川町 2104-17-502