



サンプル&カタログ依頼シート

お問合せ日： 年 月 日

<ご依頼内容> (□にチェックをお願い致します。)

製品サンプル希望

カタログ希望

見積り希望

*商品に○をつけて、ご要望のサイズ・本数をご記入下さい。

【生検針】

- 1. 自動生検針エースカット サイズ： _____ G x _____ mm _____ ㏺ 本数： _____ 本
- 2. ワンハンド型自動生検針ワンカット サイズ： _____ G x _____ mm _____ ㏺ 本数： _____ 本
- 3. 吸引式手動生検針シュアーカット サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本
- 4. 半自動生検針スタンダードタイプ サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本
- 5. 吸引式半自動生検針アスピレーションタイプ サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本
- 6. 手動生検針ウロカット サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本

【血液系】

- 7. TSK 骨髓穿刺針 サイズ： _____ G ショート / ロング 本数： _____ 本
- 8. TSK 骨髓穿刺針 (ツマミロックタイプ) サイズ： _____ G ショート / ロング 本数： _____ 本
- 9. TSK 骨髓移植針 サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本
- 10. 骨髓生検針シュアロック サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本

【消化器系】

- 11. チバニードル サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本
- 12. TSK PEIT 針 サイズ： _____ G x _____ mm 本数： _____ 本

【その他】

00. _____

<お客様情報> (必ずご記入お願いします。)

会社名/病院名			
部署名/科名			
担当者名		E-mail	
住所	〒		
	電話番号()	-	
	携帯 ()	-	
	FAX ()	-	
商品送付先住所	〒		
	電話番号()	-	
	携帯 ()	-	
	FAX ()	-	

お急ぎの場合、必ずお電話(Tel:0282-27-8426)でご連絡下さい。