

貴社情報記入欄

1.貴社名称		2.部署名	
3.電話番号		4.FAX番号	
5.氏名		6.カナ氏名	
7.お届け先住所	〒 -		
8.メールアドレス			
9.ご希望のID (半角英数字・7～20文字)			
10.承認フロー設定	承認者お一人目氏名		役職
	<input type="checkbox"/> 設定しない <input type="checkbox"/> 設定する 承認者お二人目氏名 ※		役職
※金額が () 万円以上のお取引にはお二人承認者が必要です。			
11.購入上限金額の設定	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 税込 <input type="checkbox"/> 税抜	円以上購入不可
12.医療機器販売業の有無	高度管理	管理	一般 ○を付けて下さい
※ご請求の締め日は毎月末日とし、お支払い期日は翌月末日とさせていただきます。 その他にお支払い条件を希望される場合はお申し付けください。			

〈お申込み先〉

株式会社メディカルセンス

〒078-8251

北海道旭川市東旭川北1条1丁目2番4号

TEL:0166-36-8787 FAX:0166-36-8100

E-mail: info@medical-sense.com URL <http://medical-sense.com>



**Medical
sense Co.Ltd.**

