

(プリントアウトしてお問い合わせ用紙としてお使い下さい)

F A X かんたんお問い合わせシート

【FAX 番号 : 06 - 7878 - 8977】

↓↓ チェックを入れて必須項目をご記入の上送信ください ↓↓

代理店募集について その他

会社名 (必須)

担当部署

担当者氏名 (必須)

住所 (必須)

電話番号 (必須)

F A X 番号

メールアドレス (任意)

お問い合わせ内容 (必須)

株式会社 ドクターズファーマシー

FAX 番号 : 06-7878-8977

FAX 番号はお間違えなきよう、よくお確かめのうえ送信ください。