

BOX No.
(弊社記入欄)

記載日 月 日

手術器具 リペア・カラーコード申込書

御社名

ご住所

TEL

FAX

ご担当者名

病院名

様

※必ずボールペンで強くお書き下さい。

	器具についての記載			本数	修理内容・箇所	色	
	種類・名称	モデルナンバー等	最大全長(cm)				直・曲
例	ケパ - ミズホ	09-042-00	14cm	曲	5	研磨	
例	コッヘル	エスクラップ XJ154R	14.5cm	曲	10	両側のリングのコーティング	赤
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
合計							

※「器具についての記載」の欄はできる限り詳しくお書き下さい。

受領印

発送元

有限会社メディカル・リペア・センター

埼玉県行田市大字持田943 〒361-0056

TEL048-555-0002 FAX048-555-0089

URL <https://kouseikomono.com/>