

FAX 送信先：072-380-3207
合同会社 IM ジャパン行き

無料サンプル申込書

貴院名：_____

ご担当者：_____様

ご使用状況

1. 貴院におけるインプラント件数について _____ 本/月
2. イリゲーションチューブ使用本数について _____ 本/月
3. 貴院でご使用のイリゲーションチューブについて
 - (1) 使用メーカー名・型番：_____ ・ _____ 価格：_____ 円/本
※適切なサンプル送付のため、上記は必ずご記入ください。
 - (2) ご使用の製品は満足されていますか？ あるいはご不満でしょうか？
 - ① 満足
 - ② 不満
 - (3) (2) の理由をお聞かせください。
 - ① 使い勝手（具体例：_____ ）
 - ② コスト
 - ③ その他（ _____ ）
4. 適合確認のため、形状見本（滅菌済）をご希望されますか？
 - ① はい
 - ② いいえ

※「医療機器業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約及び施行規則」により、形状見本は、医療ご担当者様1名につき1本とさせていただきます。ご理解のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。
※いくつかの仕様を準備しておりますが、ご希望に添えない場合があることご了承ください。

以上

お忙しい中、ご協力頂きまして、ありがとうございました。

/imj-net