

ご意見・ご質問等ございましたら下記用紙にご記入の上、FAXにて送信下さい。  
 ご返答は弊社よりお電話にてさせていただきます。  
 尚ご返答までにお時間がかかる場合もございますので、お急ぎの場合はお電話でお  
 問合せを頂きますようお願い申し上げます。

## 丸十薬品へのお問合せ

FAX送付先 : 03-5651-3113

お名前	(ふりがな)
会社名	(ふりがな)
部署名	
お電話番号	※ご返答はお電話にてさせていただきますので、必ず連絡可能な番号をお書き下さい。
FAX番号	※FAXにて回答を希望される場合は、必ず送信可能な番号をお書き下さい。
ご住所	(〒            ) ※建物名・部屋番号までご記入下さい
ご連絡可能日時	第1希望：            月            日            時 ~            時
	第2希望：            月            日            時 ~            時
	第3希望：            月            日            時 ~            時
	その他：
お問合せ内容	

■個人情報の取扱いについて  
 このお問合せ用紙にご記入頂きました個人情報は、お問合せの回答を目的として  
 使用します。この個人情報は、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはござ  
 いません。