

期間限定 **2025年10月31日まで**

お客さま記入欄（お送り先）		ご契約販売店記入欄	
お名前（院名）		貴社名	
ご住所 〒		ご住所 〒	
TEL.	FAX.	TEL.	FAX.

品 番	製 品 名	カ ラ ー	サ イ ズ	数 量
TB-1528	患ジャギ2P		規格サイズ	
TB-1709	患ジャギ2P（3L）	ブラウン	規格サイズ	
TB-1714	診察シーツカバー	ホワイト	幅（ ）cm 長さ180cm	
T B-1625	カラスツール		規格サイズ	

備考

必ずお読み
ください!!



- 〈ご契約販売店記入欄〉が空白の場合は、ご注文をお受けすることができません。
- 設置、組み立て、送料、納期に関するお問い合わせは、ご契約販売店へお願いいたします。