


■見積もり依頼■

送信日 平成23年()月()日

送信元	
名称	ご担当者
ご住所 〒	
TEL	FAX



送信先	薬品の総合商社		
	 株式会社 フリーズ		
ご住所	〒660-0072 兵庫県尼崎市大庄川田町32		
TEL	06-6412-3155	FAX	06-6412-3156

No	品名	数量		No	品名	数量		
1				11				
2				12				
3				13				
4				14				
5				15				
6				16				
7				17				
8				18				
9				19				
10				20				

見積もりのご依頼を賜りまして有難う御座います。

早急に確認の上、返信させて頂きますのでよろしくお願い致します。