

資料送付申込シート

必要事項を記載し、該当する項目に✓をつけてご返信ください（複数回答可）

 無料お見積もり希望(来店の必要はございません)

- ▶ 『事前お見積り用FAXアンケートシート』をお送りいたしますので、下記の申し込み用紙でお申込み下さい。

 詳しい資料の郵送を希望

- ▶ 診療機関・調剤薬局様向け早期資金化サービスの詳細資料&メディアクリップをお届けします。

 詳しい説明を希望(来店の必要はございません)

- ▶ 弊社営業担当者よりご連絡させていただき、商品概要・必要書類・審査の流れについてご説明させていただきます。

下記にご記入頂いた情報につきましては、社内厳秘にてお取り扱いさせていただきます。

貴社名			
住所	〒 -		
電話番号	()	FAX番号	()
フリガナ			ご担当者名
代表者名			
E-mail (メルマガ希望者必須)			月商
ご意見 ご質問等			

ご記入有難うございました。そのままFAXで送信してください。

ご記入いただいた情報は弊社が弊社のサービスおよびその他情報提供のためにのみ利用いたします。弊社は個人情報保護法その他関係法令およびガイドラインを遵守して情報を取り扱うことをお約束いたします。

FAX 03-3586-6470 【24時間受付】

GALLIA PLUS

株式会社ガリアプラス

東京都港区赤坂1-11-28赤坂1丁目森ビル6階 メディカル事業部
東京都知事(1)第30078号
株式会社ミロク情報サービス(東証2部)グループホームページ : <http://www.galliaplus.com>

FAX以外のお問い合わせ

フリーダイヤル
0120-284-889E-mail
cr@galliaplus.com

審査によってはご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください