

医療・化粧品物流.com FAXお問い合わせ用シート

下記の必要項目にご記入の上、FAXにて送信をお願い致します。

番号はお間違えのないよう、ご注意ください。

お問い合わせ内容を確認しまして、担当者から、ご連絡させていただきます。

必須の項目は必ずご記入いただきますようお願い致します。	
必須 お問い合わせ項目	<input type="checkbox"/> 医療・化粧品物流.comについて <input type="checkbox"/> 見積もりを依頼したい <input type="checkbox"/> 無料物流コスト診断をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 詳しい資料を請求したい <input type="checkbox"/> 倉庫を見学したい <input type="checkbox"/> ご意見・ご感想
必須 会社名／団体名	
部署	
必須 お名前	(ふりがな)
住所	〒 ー
必須 電話番号	
必須 メールアドレス	
お問い合わせ内容	

お問い合わせありがとうございました。

お客様の個人情報は、お問い合わせへの回答のため、及びお問い合わせへの回答後も弊社が今後お客様へより良いサービスのご提供を行うためのみに使用し、他の目的には一切使用致しません。

