



【バクテリア・セルフチェッカー『mil-kin(見る菌)』購入申込書】

◆下記太枠に必要事項のご記入をお願い致します

*お申込日	年 月 日		
*会社名			
*ご住所	〒		
*ご連絡先	TEL		FAX
*ご担当者	部署		役職
	ふりがな		
	氏名		
	E-mail		
ご購入台数	[本体 1台：99,800円+送料：1,500円(一律) +消費税(10%)=合計：111,430円] ご購入台数 【            台】		
お支払・発送方法	後日、ご請求書を発行させて頂き、ご入金の確認が取れ次第、順次発送させて頂きます。		
*ご送付先	◆下記口に✓印をご記入ください <input type="checkbox"/> お申込み会社様 宛 <input type="checkbox"/> ご指定送付先 宛 (下記にご記入をお願いします)		

ご指定送付先	会社名			
	部署		担当者名	
	住所	〒		
	TEL			
ご要望等 ご記入ください。				

■お問い合わせ

株式会社mil-kin

〒150-0004 東京都千代田区大手町 2-6-1 朝日生命大手町ビル2F

◆TEL 03 - 6262 - 5333 ◆FAX 03 - 6262 - 5334 ◆E-mail info-as@mil-kin.com

■株式会社mil-kin記入欄

受付日	年 月 日
受付担当者	
請求書No.	

ご入金日	年 月 日
発送日	年 月 日
シリアルNo.	