

●お申込者様

御社名	ふりがな		
ご担当部署		ご担当者様	
TEL		FAX	
ご住所	〒		都道府県
			市区群

●お届け先

お届け先名	ふりがな		
お届け先部署		お届け先ご担当者様	
TEL		FAX	
ご住所	〒		都道府県
			市区群

●お申し込み商品 ※ルミテスター（測定器）、ルシパック（検査薬）については、送料無料です。

商品番号	商品名	数量

●お支払い方法

<input type="checkbox"/> 銀行振込（前払い） 振込手数料は、お客様負担となります。	<input type="checkbox"/> クレジットカード お申し込み後、コールセンターまでお電話でカード番号等をご連絡ください。
--	--

三菱東京UFJ銀行 本店
普通預金 No.0202868
口座名 キッコーマンニュートリケア・ジャパン株式会社

お申し込みは. . .

FAX

0120-084-543

(24時間受付)

むすぶお い し き 1番
0120-601431
[年中無休] 受付時間 9:00~18:00