**＜松吉医療総合カタログvol.1400 校正送付先確認用紙＞**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　松吉医科器械株式会社

「松吉医療総合カタログvol.1400」制作にあたり、「仕入先様紙面校正」の送付先確認ならび営業担当者様の確認を行わせていただきます。お手数ですが、必要事項を記入の上、メール或いはFAXにてご返信頂けますようお願い致します。

（全ての仕入先様のご返信をお願い致します）

返信締切日　 ：　**2017年5月19日（金）まで**

メール送付先 ：　**syohin@matsuyoshi.co.jp**

FAX返信先　 ：　**03-5816-8820**

記入日　　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご記入者名 | （TEL） |

■校正送付先　※8月以降のカタログ紙面校正チェックの御社窓口としてご連絡させていただきます

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署名 |  | | | | | |
| 役職名 |  | | | | | |
| フリガナ  お名前 |  | | | | | |
| ご連絡先 | 〒 | | | | | |
| （TEL） |  | （FAX） | | |  |
| （E-mail） |  | | | | |
| 校正書類送付方法  ※ご希望の方法に○印 | | 校正用紙を郵送 | | ・ | E-mailへ送信 | |

■営業担当　　※校正送付先が営業担当者様と異なる場合、ご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署名 |  | | | |
| 役職名 |  | | | |
| フリガナ  お名前 |  | | | |
| ご連絡先 | 〒 | | | |
| （TEL） |  | （FAX） |  |
| （E-mail） |  | | |

【**カタログ制作に関するお問い合わせ】**

マーケティンググル－プ　カタログ制作チーム

TEL：03-5816-8809　FAX：03-5816-8820

メール：syohin@matsuyoshi.co.jp