

分析依頼日

年

月

日

お客様名（医院名）

ご担当者様名

歯科材料店様名

ご住所

〒

お電話番号

ご希望のお支払方法

 銀行振込 郵便振替 現金書留

※ 必要事項を明記の上、送付時に内容物が破損しない梱包にて、着払いで弊社宛にお送りください。

※ 発送等の送付控えは必ず保管していただきますようお願いいたします。

銀行振込をご希望の場合

銀行名

支店名

口座番号

普通・当座

口座名義

郵便振替をご希望の場合

郵便局名

記号番号

口座名義

ココから下を切り取って荷物に貼り付け、貴金属と同封のうえ着払いにてお送り下さい



送

り

先



株式会社アール・エー・キュー

〒600-8101

京都市下京区五条通寺町西入ル御影堂町 16-21

京都建物ビル 2F

TEL：075-352-0117

※着払いにてお送りください