

医薬品輸入代行依頼書

ご依頼日 年 月 日

患者様のご氏名（ふりがな）	
患者様のご氏名	
住所（ふりがな）	
住所	〒
お電話/FAX 番号	
E メールアドレス	

ご依頼医薬品名	数量

※お支払は現在、銀行振込のみで承っております。

銀行名	みずほ銀行	城南信用金庫	さわやか信用金庫
支店名	赤坂支店	青山支店	赤坂支店
店番号	539	026	032
口座番号	2273427	4233863	0011341
受取人名	モーリカンパニー株式会社		

振込予定の銀行名を で囲んでください。

※折り返しご請求額とお振込の詳細をご連絡致します。

【問い合わせ先】

モーリカンパニー株式会社

電話番号/FAX：03-6455-5993

E メールアドレス：support@mohricompany.jp