

個人様直送（試用品(サンプル) リクエスト及び代替品など）

※ 先に口頭でお申込み済みの場合は、下記へ✓チェックをお願い致します。

お話しした弊社の対応者名： _____ 宛

試用品(サンプル)

代替品など

ご依頼者情報

ご依頼日： 年 月 日

ご施設名/会社名：

病棟/部署：

お名前：

ご住所：〒 -

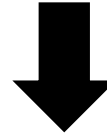
お電話番号：

※必須

※ 右枠に✓を
お願い致します

個人情報提供について、ご本人ご了承済

- ・個人情報保護法に基づき、ご本人の同意を得ていることをご確認下さい。
- ・☑がない場合は、発送できません。
- ・ご記入いただいた個人情報は、発送関連業務のみに使用し、株式会社ホリスターの個人情報保護ポリシーに従い適切に管理されます。



お届け先情報（個人様情報）

お名前：

フリガナ：

ご住所：

〒 -

お電話番号：

※個人様直送の試用品（サンプル）最大提供数は2枚とさせていただきます(代替品の場合は必要数をご記載ください)

	製品番号 ※必須	製品名・規格	数量 ※必須
1			
2			
3			
4			
例	3082-44(見本)	ハライフ1TREフィットマキシフリーカット15-44mm (見本)	2 (見本)

ご希望納期（ご記載の無い場合は弊社の最短お届け日となります）

<p>月 日 AM / PM</p>	<p>※PMにつきまして、個人様直送に限り、お時間指定が可能 14:00- / 16:00- / 18:00- / 19:00- / 指定無し</p>
--------------------	---

※ご希望納期はお届け地域や天候状況により、最短納期は変わります事を予めご了承お願い申し上げます。

ご連絡事項 ※不具合の場合は内容のご記載をお願いいたします(先に口頭でお伝え済の場合は不具合詳細は不要です)

FAX番号: 050-3730-2628 または、
e-mail : Japan.CSFax@Hollister.co.jp

株式会社ホリスター
〒140-0002
東京都品川区東品川2-2-8 21F
TEL : 0120-032-950

※この用紙を万が一間違いにより受け取られた場合、ご面倒でもホリスターへご連絡をお願いいたします。TEL:0120-032-950