

供血用遠心分離機

silfradent

# M E D I F U G E

メディフュージ



たった13分間で  
添加物を一切含まない  
ファイブリンゲル  
完全自己血液由来

**COREFRONT**

製造販売届出番号 13B1X10100000004

**Forest-one**

www.forest-one.co.jp



株式会社 フォレスト・ワン

千葉県船橋市前原西 2-32-7  
ニューヨークコンフィデンスビル 4F 〒274-0825  
TEL: 047-474-8105 / FAX: 047-474-8106  
E-mail: info@forest-one.co.jp

メディフュージ  
**MEDIFUGE 注文書**

< ご注文方法 >

楷書（読みやすい字）でご記入をお願いいたします。

右記、注文書の必要事項を記入いただき「送信先FAX番号：047-474-8106」宛にファックスを送信ください。内容に記入漏れなどありますとお届けに時間がかかってしまう場合がありますので、ご記入漏れはないかご確認の上FAXを送信頂きますようよろしくお願い申し上げます。

< 商品の送料 >

合計金額1万円以上（税別）

**送料無料**

合計金額1万円未満（税別）

**送料500円（税別）**

< お支払方法について >

本商品につきましては、佐川急便の“e-コレクト”代金引換サービスにて、お客様に商品代金のお支払いをお願い致しております。銀行振込をご希望の場合には、以下に○を付けて下さい。

銀行振込希望

ご使用いただけるクレジットカード等は以下のとおりです。

JCB / VISA / Master Card / Diners Club International / AMERICAN EXPRESS / Orico / SAISON CARD INTERNATIONAL / OMC / ポケットカード / AEON CREDIT SERVICE / Life CARD / アプラス / TS CUBIC / CF Card / JACCS / DC CARD / UFJ Card / NICOS / MUFU CARD / Cedyne

その他のお支払い方法をご希望のお客様は、弊社までご連絡いただけますようお願い致します。

**お申し込み・お問合せ先**

(株) フォレスト・ワン  
MEDIFUGE 係

〒274-0825  
千葉県船橋市前原西 2-32-7  
ニューヨークコンフィデンスビル4F  
TEL：047-474-8105  
FAX：047-474-8106

**送信先 FAX 番号：047-474-8106**

ご注文年月日： 西暦 年 月 日

必須記入ください。

(ふりがな) 貴医院名：	
(ふりがな) お名前：	
住 所： 〒	
TEL ：	FAX ：
email ：	
■ 今後フォレスト・ワンからの情報を希望されますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

1. MEDIFUGEメディフュージ

品 番	規 格	価 格	数 量	金 額
メディフュージ <b>MEDIFUGE</b>	 電源電圧 AC100V (50/60Hz) 定格電力 120VA 本体重量 9.4kg 本体サイズ W280×D320×H240 (mm)	¥450,000 (税別)		

**合計金額：¥**

**ご返品に関して**

商品の返品につきましては、到着時における破損や商品違いがあった場合で商品お届け後 10 日以内にご連絡いただいた場合のみ承ります。上記の場合において、予めご連絡頂いた上ご返送いただきますようお願い致します。ご返品のご了解なく商品をご返送いただいた場合は、受け取りを 辞退させていただきますので、ご注意ください。お客様のご都合による返品、交換は承りかねますので、ご了承下さい。