



資料請求依頼書

貴院名などを記載しFAXを送信していただくと、医薬品集の出力見本などを郵送させていただきます。

● 貴院名

● ご所属・役職

● お名前

お見積依頼書

下記空欄部分に記載いただきFAXしていただければ即日お見積りを郵送させていただきます。
無料でお見積もりいたします。お気軽にご記入して頂きFAXを送信してください。

● 採用医薬品数

品目数

● 本のサイズ(希望サイズに○をつけてください)

- A6 (白衣のポケットに入るサイズです)
 B6 (持ち歩いて見るのによいサイズです)
 B5 (文字が大きく読みやすいサイズです)
 それ以外の大きさ()

● 印刷部数

部

● 掲載項目(希望項目に○をつけて下さい。)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 効能効果 | <input type="checkbox"/> 原則禁忌 |
| <input type="checkbox"/> 用法用量 | <input type="checkbox"/> 警告 |
| <input type="checkbox"/> 重大な副作用 | <input type="checkbox"/> 貯法 |
| <input type="checkbox"/> 禁忌 | <input type="checkbox"/> 薬価 |
| <input type="checkbox"/> 併用禁忌 | <input type="checkbox"/> 投与制限日数 |

● 付録概算ページ

頁

(貴院で追加で掲載するページ)

● 追補版(希望に○をつけて下さい。)

- 必要 不要

※追補版とは新規採用や削除された医薬品のデータのみをまとめて
低価格で冊子などにして提供するサービスとなります。

※基本項目、商品名、一般名、英名、規格単位、剤形、規制区分、組成
(主成分が2つ以上の場合)、会社名は必ず表示されます。

● 医薬品集に必要な項目や医薬品集に対しての要望などありましたらご記入してください。

● iphone/ipadやイントラネットで医薬品集情報やファイル管理閲覧などの要望がありましたらご記入ください。

 同意する 同意しない

(にを
お願ひ
します。)

「個人情報の取扱いに関する同意書
(FAX用)」についてご確認の願ひ
です。

※同意いただけない場合には、必要なサービスを受けられない事があります。



株式会社 デンショク
医薬品集制作チーム

本社：〒162-0843

東京都新宿区市谷田町3丁目6 ザ・ゲート市ヶ谷5F

TEL：03-5228-6580