

FAX

滅菌依頼日 年 月 日

株式会社カツマタ
メディカルシステムセンター
滅菌事業部 宛
FAX 055-923-9395

送付枚数 本状含み _____ 枚

滅菌依頼書

以下の物品の滅菌を依頼致します。

ご依頼品 _____ 点/ _____ 箱

精密機械の有無 _____ 有 ・ 無

精密機械品名 _____

その他備考

ご依頼主
(会社名) _____

ご担当者名 _____

電話番号 _____

返送先住所 _____

※滅菌バックに破れ等再処理の必要があった場合の対応(□にレ点を記入)

- そのまま滅菌
- 株カツマタにて再封入(1個 50円(税別)、40cmを超えるものは100円(税別))
- ご担当者に連絡し指示に従う