

# 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 055-923-9396

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 / \_\_\_\_\_ 箱分 (20L/1箱)

精密機械の有無 有 ・ 無 (別料金) 滅菌証明書の有無 有 ・ 無 (別料金)

精密機械品名 \_\_\_\_\_

※精密機械：特別プログラムでの滅菌依頼となりますので金額が変わります。

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 (口にし点を記入)

- 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