

FAXでお申込みください→FAX:0120-61-8986

OEM製品お問合せ書

年 月 日

ご依頼会社名	ご担当者	
ご住所	TEL:	FAX:

製 品 名		商 標 1. 登録済 2. 未登録
製 品 種 類	1. 一般化粧品 (品) 2. 医薬部外品 (品) 3. 栄養補助食品 (品)	
発 売 元	(製品に表記する発売元名)	
ご 住 所	(製品に表記するご住所)	
お問合せ電話	(製品に表記するお問い合わせ窓口)	
製 品 特 長		
容 器 内 容	1. ガラス類 2. 樹脂PET類 3. その他 (サプリメントの場合→ 1. 錠剤 2. カプセル 3. 顆粒)	
生 産 数	1. ガラス類 (個～) 2. 樹脂PET類 (個～) 3. その他 (個～)	
販 売 方 法	1. 店頭 2. 訪問 3. 通販 4. 組織 5. その他	
発売開始日	年 月 日～	ご納品予定日 → 年 月 日
備 考		

この用紙を印刷してFAXでお申込みください。