譲渡報告フォーム

ご報告日	
ご報告者名	
貴社名	
ご連絡先	

※備考欄以外のすべての欄に必ずご記入ください

仕入先名	仕入先代表番号	出荷先名	出荷先代表番号	譲渡日（出荷日）	製品番号	製品名	ロット番号	数量	備考
レメイト・バスキュラー合同会社	03-5215-5681				10P16-J	ウシ心膜パッチXenosure		1枚	

※ご記入後、下記メールアドレス宛、もしくはファクシミリにてご送信願います。

メールアドレス ： csjp@lemitre.com

FAX番号 ： 03-5215-5682

様式：LMAT譲渡フォーム001