

荷役	おたな3メディカルセンター様				ご承認印	
住所	富山県					
TEL		室名		ご依頼	様	
機種型式	ICW			号機	運転回数	回
完了	継続	有	無料	製番		
取扱業者名				ご担当者		
IHI ISM				様		

D 実施者→経理→請求