



FAX送信方向

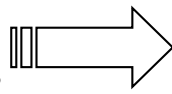


ご注文日(FAX送信日)		
年	月	日
送信枚数		
枚目	/	枚中

※医院様名、電話番号は必ず枠内にご記入ください。

TEL (※必須)		FAX		ご注文確認が必要な場合は○をつけて下さい	FAX要
医院様名 (※必須)	(ふりがな)		様	休診日	
お届け先 ご住所	〒		ご注文担当者様氏名		
	(※再注文のお客様は変更がなければご住所の記入は不要です。)				初めてご注文の方は○をつけて下さい

※ 紹介にて当社をご利用の方は、
ご紹介者様のお名前をご記入ください。



ご紹介者

様

	商品コード	商品名	タイプ (色・サイズ)	数量 (単位)	単価	金額
1					¥	¥
2					¥	¥
3					¥	¥
4					¥	¥
5					¥	¥
6					¥	¥
7					¥	¥
8					¥	¥
9					¥	¥
10					¥	¥

ご注文FAX番号 0120-958-483

今回のご注文金額 ¥

おねがい

- ・商品コードと数量は必ずご記入下さい。
- ・ご注文内容にご記入漏れ、ご注文忘れはございませんか？
- ・4,800円(税込)以上ご注文いただいた場合、送料は無料です。
- ・ご注文が4,800円(税込)未満の場合、送料525円(税込)をご負担いただきます。 離島沖縄は別途