



○FAXオーダーシート

医療機関名			
ご担当者:			
電話番号:			FAX番号:
〒			
ご住所			

●お問合せ内容	<input type="checkbox"/> ご注文	<input type="checkbox"/> 見積依頼
●お支払方法	銀行振込	
●お届け指定	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> EXPRESS便(当日発送:平日12時までのご入金) <input type="checkbox"/> 指定日(月 日)	
●累計ポイント	<input type="checkbox"/> 使用する(ポイント)	<input type="checkbox"/> 使用しない

	商品名	包装	数量	有効期限
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

備考欄

 **FAX 0120-616-093**

※ご注文金額30,000円(税抜)以上で送料無料！！

※平日14:30以降のご注文は翌営業日の受注となりますので予めご了承ください。