

オーダーシート F A X.092-565-3039

ご注文日 _____ 月 _____ 日

ご登録
お電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2枚以上のご注文は通し番号を
ご記入ください

枚目

枚中

※ご登録のない方は、こちらへご記入ください

貴社名 _____ ご発注者名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 電話番号 _____ F A X 番号 _____

ご 注 文 品 名	数 量	お見積り

備考欄 ※決済方法にチェックを入れてください(記入例)

コンビニ決済 代引き 銀行振込 郵便振替 ジャパン初銀行

※1 回目のご注文金額が 10,000 円 (税抜) 以上の場合
(送料・お手数料) 無料です

※サービス価格・配達日を折り返し F A X いたします

送料	円
手数料	円
消費税	円
合計	円

ご注文・お見積り・お問合せは、お電話でも受け賜ります

フリーダイヤル **0120-151-903**

※携帯電話はご使用できません
※(祝日は除く)

お問合せ窓口 ☎ **092-565-1903**

※受付時間 9:00~17:30 月



より安全な製品づくりを

株式会社 全医療器

F A X.092-565-3039