オーダーシート　ＦＡＸ.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　　ＦＡＸ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　☐ｼﾞｬﾊﾟﾝﾈｯﾄ銀行

送料	円
手数料	円
消費税	円
合 計	円

※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ＦＡＸいたします

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**　までご連絡ください　※携帯電話はご使用できません

お問合窓口 ☎ **092-565-1903**　※受付時間 9:00～17:30 月～金（祝日は除く）

より安全な製品づくりを

株式会社 全医療器　ＦＡＸ.092-565-3039