

# 製品オーダーシート

送信枚数  枚

医院 /  個人 いずれかに☑を付けて下さい。  初回 初めてご注文されるお客様は☑を付けて下さい。

**ご請求先**

ふりがな  
-----  
お名前 様

〒    -

ふりがな  
-----  
ご住所

TEL (     )     -

FAX (     )     -

貴医院名 ※ 医院様のみご記入下さい。

ご注文日年月日 **20** 年 月 日

お客様コードNo.

**お届け先** (ご請求先と異なる場合にのみご記入下さい。)

ふりがな  
-----  
お名前

〒    -

ふりがな  
-----  
ご住所

TEL (     )     -

FAX (     )     -

**お支払方法** いずれかに○を付けて下さい。

銀行/郵便局・郵便振替からの振込み  
 宅配代引き (別途手数料が必要になります。)

## ご注文内容

1	製品番号	製品名	ご注文数	金額
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円

※ ご通信欄

**合計** 円

※ 受注から当社営業日1週間程度でのお届けとなります。  
 ※ 各製品発注単位にてのご注文をお願いいたします。  
 △ お買い上げ総額10,000円未満の場合、別途送料が必要になります。  
 ※ 製品番号は、弊社ホームページ内の製品一覧をご参照下さい。