ＦＡＸオーダーシート

No.

●ご注文の際は、このオーダーシートを都度コピーしてご利用ください。

ご注文日	年　月　日（　）	ご担当者名	様
医院名			
ご住所	〒		
ＴＥＬ	－　－	ＦＡＸ	－　－
希望納期	年　月　日（　）／　午前　・　午後	弊社営業担当	HP

●上記とお届け先が異なる場合はご記入ください。

お届先		希望納期	年　月　日（　）／午前　・　午後
ご住所	〒		
ＴＥＬ	－　－	ＦＡＸ	－　－

●**平日１６：００までのご注文分につきましては、当日発送いたします。**１６：００以降のご注文分については、翌営業日の発送となります。
●納期日につきましては、地域・天候・交通事情等によりご希望に沿えない場合があります。あらかじめご了承ください。
●通常便以外については別途料金が必要となります。１納品先１回のご注文が１０，０００円（税抜）未満の場合、８００円（税抜）をご請求させていただきます。
●お急ぎの際はＦＡＸ送付後、右記までお電話ください。（ＴＥＬ．０３－３２３８－７５６０）

	製品番号	製　品　名	個数(右詰)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

備考欄

Caiman Dental

番号をお確かめの上、ご送信ください

送信方向

ＦＡＸオーダー専用フリーコール

0800-700-9898

または03-3238-7561