

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。
- 納期日に関しましては、地域・天候・交通事情等によりご希望に添えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- タイム便・超速便については別途料金が必要となります。
- 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	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		<input type="text"/>
9	<input type="text"/>		<input type="text"/>
10	<input type="text"/>		<input type="text"/>
備考欄			

Caiman Dental

番号をお確かめの上、ご送信ください。



FAX オーダー専用フリーコール
0800-700-9898
 または 03-3238-7561