



FAXご注文書

☆お客様コードNo. 貴院名をご記入いただいた場合は、住所・TEL等の記入は不要です。
(変更のある場合は、ご記入下さい)

お客様コードNo.					貴院名				
初めてのご注文は○印を付けて下さい。初									

ご注文日 (FAX送信日)	ご注文枚数 (注文書が2枚以上の 場合にご記入ください)
月 日 送信	枚目 / 枚中

お届け先住所	ご注文担当者名
□□□□□□□□	

ご注文ファックス (24時間受付)

FAX 0120-28-1021

TEL	休診日
- -	
FAX	ご請求先 (お届け先と異なる場合のみご記入ください)
- -	

No.	申込番号	商品名	規格(サイズ カラー)	数量	税込単価	税込金額
1	-					
2	-					
3	-					
4	-					
5	-					
6	-					
7	-					
8	-					
9	-					
10	-					
<p>●送料についてのお願い</p> <p>・合計金額が税込8,400円以上は無料です。8,400円未満の場合は、全国(北海道、沖縄を除く)一律税込630円を申し受けます。</p> <p>・直送品 は金額に拘わらず送料は無料です。直送品以外の商品を同時注文された場合、直送品以外の商品の合計金額が8,400円未満の場合は送料630円を申し受けます。(北海道、沖縄を除く)</p>					<p>送料 (合計8,400円未満の場合)</p>	
					<p>合計</p>	

備考

お支払い方法	<input type="checkbox"/> いずれかをお選びください。 <input type="checkbox"/> 郵便振替 または <input type="checkbox"/> コンビニエンスストア <input type="checkbox"/> 銀行振込 <small>(銀行振込手数料は、お客様のご負担とさせていただきます)</small>
	・締切日、支払い日 <input type="checkbox"/> 前回と同じ <input type="checkbox"/> 20日締切()日払 <input type="checkbox"/> 月末締切()日払 <small>(締切日、支払日をご希望の場合のみご記入ください)</small>

<input type="checkbox"/> サンプル依頼 カタログNo. _____ 規格 (サイズ) _____ 商品名 _____	<input type="checkbox"/> サンプル依頼 カタログNo. _____ 規格 (サイズ) _____ 商品名 _____
---	---

↓ FAX 0120-28-1021 ↓