

※FAX受信後、翌営業日中に必ずご連絡いたします。連絡がない場合はお手数ですが、再度FAXいただくか、お電話【0268-38-0530】まで、ご連絡をお願いいたします。また、納期の回答はFAXでご返信いたします。

返信FAX
確認印

注文日	月 日	お支払方法 <input type="checkbox"/> をお付けください。	<input type="checkbox"/> 前払い銀行振込	・ご請求明細書を送付いたします。
納品ご希望日	月 日頃まで		<input type="checkbox"/> 前払いコンビニ決済	・コンビニ決済書類を送付いたします。
医療機関名 代表者様名 所在地	印		お電話番号	- -
			FAX番号	- -
			フリガナ ご担当者様名	
メールアドレス	@			

【注文商品明細】 ※送料は一律税別1,000円を別途頂戴いたします。ご購入金額が税別10,000円以上で送料が無料になります。

注文番号	品名	品番/カラー	サイズ	数量	小計
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
				小計	
				消費税10%	
				税込合計金額	¥

※ご注文内容、金額のご記入に間違いがないか、今一度、ご確認願います。

※納品後の返品やサイズ交換は受け付けておりませんので、ご注文の際は特にご注意願います。

■ 定期消毒クリーニングサービスをご希望の方は下記に をご記入願います。

定期消毒クリーニングサービスを希望します。

※毎週1回～2回定曜日に訪問し、消毒クリーニングサービスを行います。料金やシステムについては弊社よりご案内いたします。

※定期消毒クリーニングサービスは、お客様の所在地、訪問曜日、訪問の時間帯等により、お受けできない場合がございます。ご了承ください。

お問い合わせなどございましたらお気軽にご記入ください。

■ 本注文書は保管をお願いいたします。

【返信欄】	返信日	年 月 日
	担当者	購買管理担当 山岸洋子