

※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 | |
| メールアドレス | @ | | ご担当者様名 | |

【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 |