

# Fax Order



**FAX : 06-6266-3536**

ご注文日	20 年 月 日 ( )	ご担当者名	様
医院名			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
希望納期	特になし / 20 年 月 日 ( ) 午前・午後		

ご請求先と納品先が異なる場合は、ご記入ください。

納品先名	
ご住所・TEL	〒  TEL ( )

- \* FAX注文受付時間:月曜日～金曜日 9:00～16:00
- \* 注文受付時間内のご注文は当日発送いたします。時間外のご注文は翌営業日の発送となります。
- \* 納品日に関しましては地域・天候・その他交通事情等によりご希望に添えない場合があります。
- \* 返品・交換はできません。あらかじめご了承ください。
- \* 一回のご注文が10,000円以下(税別)の場合、送料700円(税別)をご請求させていただきます。
- \* タイム便は別途300円(税別)が必要となります。
- \* その他ご不明点等ありましたらお問い合わせください。平日9:30～17:30 TEL:06-6266-3535

	製造番号	製品名	個数	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				