

# Fax Order



**FAX : 06-6281-3538**

|      |                 |              |       |
|------|-----------------|--------------|-------|
| ご注文日 | 20 年 月 日 ( )    | ご担当者名        | 様     |
| 医院名  |                 |              |       |
| ご住所  | 〒               |              |       |
| TEL  |                 | FAX          |       |
| 納期   | 最短日 / 希望指定日     | 20 年 月 日 ( ) | 午前・午後 |
| 休診日  | 月・火・水・木・金・土・日・祝 |              |       |

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当日発送注文受付時間: 平日月曜日~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:06-6281-3535

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