

To (株)ゼン・ユウジャパン

# 注文書

ご注文日 月 日 ( )

注文は 15 時まで FAX ください。

医院様名 (必須)	様	休診日	
TEL (必須)		FAX (必須)	
お届け先 ご住所	〒	ご担当者様	

	商品名	個	単価	金額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

商品コード個数は必ずご記入ください。

お買上げ総額 4,800 円 (税抜) 未満の場合、右記送料がかかります。

500 円

<b>備考</b> ※FAX 返信希望                      無し      有り   (スマホ、タブレット用)	合計金額 (税抜)	
	消費税	
	合 計	

※納期、返品等のお問合せ・・・TEL：093-473-8882

※通販カタログ商品は別紙にてお受けしております。

(注文書は弊社ホームページよりダウンロードできます)

# FAX 093-475-1712

