

FAXオーダーシート

No.

●ご注文の際は、このオーダーシートを都度コピーしてご利用ください。

ご注文日	年	月	日 ()	ご担当者名		様
医院名						
ご住所	〒					
TEL	-	-		FAX	-	-
希望納期	年	月	日 ()	/	午前・午後	弊社営業担当
						HP

●上記とお届け先が異なる場合はご記入ください。

お届け先		希望納期	年	月	日 ()	午前・午後
ご住所	〒					
TEL	-	-		FAX	-	-

- 平日16:00までのご注文分につきましては、当日発送いたします。16:00以降のご注文分については、翌営業日の発送となります。
- 納期日につきましては、地域・天候・交通事情等によりご希望に沿えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- 通常便以外については別途料金が必要となります。1納品先1回のご注文が5,000(税抜)未満の場合、800円(税抜)をご請求させていただきます。
- お急ぎの際はFAX送付後、右記までお電話ください。(TEL.03-3238-7560)

	製品番号	製品名	個数(右詰)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
備考欄			

Caiman Dental

番号をお確かめの上、ご送信ください。



FAXオーダー専用フリーコール

0800-700-9898

または03-3238-7561