

To (株)ゼン・ユウジャパン

C・F 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	

	商品コード	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

※カタログ価格より 5%引き

※FAX 返信希望 無し 有り



合計金額 (税抜)

消費税

合計

サンプル

商品記入欄

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(スマホ、タブレット用)

※納期、返品等のお問合せ・・・TEL：093-473-8882

※通販カタログ以外の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

