

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、個数を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

ゼンユウアプリ会員 ID

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



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

