

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ホームページ QR コード

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

