

WEB限定特価商品 専用注文書

年 月 日

医院名		お名前	フリガナ
ご住所 〒			TEL :
			FAX :

	品名	数量	価格(税抜)
1			
2			
3			
4			
5			

※必須 歯科材料店名 / 営業所・支店名	
※必須 御担当者名	

必要事項をご記入の上、弊社へFAXしていただくか、歯科材料店の担当者へお渡し下さい。

FAX:03-5827-1381