



FAX 送信方向

# WEB 専用注文書

## FAX:03-5827-1381

医院名	
〒	
ご住所	
TEL	

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

	品番	品名	数量
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

お客様控欄 (弊社では内容確認は行っておりません。ご了承ください。)

歯科材料店名 / 営業所・支店名	
担当者名	

※歯科医院へ直送を希望される場合、1万円以下は送料がかかりますので、予めご了承ください。

(北海道：¥900、北東北：¥600、南東北・関東・信越・北陸・中部：¥500、関西¥600、四国・中国¥800、九州¥900、沖縄¥1240～1,740)

# FAX:03-5827-1381

※送信間違いには充分ご注意ください。

