

# JM Ortho FAX注文書

【 フリ-FAX 】  
東京 0120-754-090  
大阪 0120-389-271  
福岡 0120-947-060

※ご請求先

お客様コード	初めて当社にご注文される方 →		
必須 ご登録名 (医院様名、他)	フリガナ		ご担当者
			ご注文日 月 日
必須 お電話番号			FAX番号
必須 ご住所	〒		
※納品先が 別の場合	納品先名	フリガナ	お電話番号
	〒		

※2024年8月21日より、1回のご注文が標準価格で合計10,000円(税抜)未満の場合、全国一律800円(税抜)の送料をいただきます

商品番号	商品名	数量	摘要

《備考欄》※ご要望等ございましたらご記入をお願いします。(例：〇月〇日使用予定、住所変更あり 等)