

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	
	〒			

ご確認 下さい → 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)