

★カタログのご利用には会員登録が必要です。

カタログ No.64-N

ご登録がお済みでない場合や ご登録内容に変更がある場合は、別紙の新規ご登録/ご登録内容変更FAX用紙で手続きをお願いいたします。

■ご注文日	年 月 日	■送信枚数	枚
■ご請求先の名称・医療施設名			
様			
■お客様コード	<input type="text"/>	ご不明の場合は、下記の TEL・FAX を必ずご記入下さい。	
■TEL:	-	-	
■FAX:	-	-	

●配達希望日 月 日 ※ご希望がある場合のみご記入下さい

●受注/発送確認連絡 要 FAX 要 TEL 不要

●お届け先 ※ご請求先と異なる場合のみご記入下さい。

送品先名称

様

ご住所 〒

TEL: - -

■ご注文担当者 様 ご注文の確認連絡をさせていただく場合がございます。

商品コード	数量	商品名・種別など	単価	金額
◀ご記入は商品コードと数量欄のみでも結構です。				
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
⑩				
⑪				
⑫				
⑬				
⑭				
⑮				

送料について ■本州・四国エリア ご注文合計が税抜 7,000 円未満の場合、送料の一部として 500 円をご負担願います。  
 ■上記以外のエリア ご注文合計が税抜 10,000 円未満の場合、送料の一部として 700 円をご負担願います。

送 料	円
合計金額	円

■お支払方法 \*お取引が初回の場合は、コンビニ/ゆうちょ銀行はご利用いただけません。

<input type="checkbox"/> 宅配代引		<input type="checkbox"/> コンビニ/ゆうちょ銀行	
クレジットカード ▶	<input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
	お支払回数.....1・3・6・10・15・20・リボ払い		
カード名義人	有効期限	カード番号	
	年 月	-	-

■サンプル請求欄

商品コード番号 または品名	商品コード番号 または品名	商品コード番号 または品名
通信欄		