

★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					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	<input type="checkbox"/> 要 FAX	<input type="checkbox"/> 要 TEL	<input type="checkbox"/> 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。

文字オーダーする商品名・種別・商品コードなど	数量	単価	金額
文字オーダーの内容	■書体 []		
	■文字原稿 ↓ 下部に明記してください。		

文字数などの商品ごとの規格は、個々の商品が掲載されているページを充分ご確認のうえ、記入願います。

上記文字オーダー加工品以外のご注文 なし あり ▶ 別便発送を希望 (お急ぎの場合) 同時発送で可 (お急ぎでない場合)

※別便発送は、別途送料が必要になる場合があります。

■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	- - -	

通信欄
