

★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。

■前歯……………ピュア前歯 ソリユートPX エフセラA

商品コード	数量	色調・形態
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下

商品コード	数量	色調・形態
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下

■臼歯……………ピュア臼歯 ソリユートPX エフセラP シンプラー エフセラP エフセラP RH

商品コード	数量	色調・形態
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下

商品コード	数量	色調・形態
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下
		上・下

■バラ部位別……………ピュア臼歯 エフセラA エフセラP シンプラー エフセラP エフセラP RH

商品コード	数量	色調・形態・部位

商品コード	数量	色調・形態・部位

■硬質レジン歯以外のご注文 あり なし

\*ご記入は商品コードと数量欄のみでも結構です。

■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	- -	-