Ci メディカル FreshCare

注文書 13

FAX 送信方向

送信枚数 /

自動読取機対応になりました。 ※TEL、施設様名は正確に枠内にご記入願います。**ゴム印はご容赦ください。**

TEL（※必須）		お届け先ご住所	〒 ※再注文のお客様は変更がなければご住所の記入は不要です
施設様名（※必須）	（フリガナ） 様		
ご注文担当者	休業日	ご注文確認が必要な場合は○を記入ください	
FAX		休業日の配達を希望しない方は○を記入ください	
		初めてのご注文の方は○を記入ください	

・商品名、タイプ、単価、金額欄は「お客様控欄」としてご使用ください。弊社で、内容の確認を致しておりませんのでご了承願います。
・数量はカタログ表記の単位でご記入ください。※3カートン以上お買得マークの商品はカートン単位ではなく**必ず箱・パック数**でご記入願います。
・本注文書は、コンピュータで読取処理を行いますので、枠内に丁寧にご記入願います。枠外やお客様控欄は読取対象にはなりません。

	カタログコード（※必須）			―	商品コード（※必須 左詰め）	商品名	タイプ（色・サイズ）	数量（※必須 右詰め）	単価	金額
1	7	1	6	―						
2	7	1	6	―						
3	7	1	6	―						
4				―						
5				―						
6				―						
7				―						
8				―						
9				―						
10				―						

お客様控欄

お願い
・商品コード(左詰め)と数量(右詰め)は必ずご記入願います。
・ご注文内容にご記入漏れ、ご注文忘れ等はございませんか？
・販売価格については、最新版のカタログ価格が適用されます。
・長期休業の場合は下記ご意見欄に期間をご記入ください。

総額**4,990円**(税込)未満の場合、右記送料がかかります。※沖縄・離島は9,980円(税込)未満の場合	**550円**(税込)
合計金額(税込)	円

ご希望のサンプル品コード(左詰め)をご記入ください
(1回のご注文につき3点、1商品につき1個までお願いします。)

ご意見や今後の取扱い希望商品がございましたらご記入ください。