To Ciメディカル

注文書

11

FAX 送信方向

送信枚数 /

自動読取機で処理しています。
※必須項目は正確に枠内にご記入ください。ゴム印はご容赦願います。

TEL（※必須）		お届け先ご住所	〒 ※再注文のお客様は、ご住所に変更がなければ記入不要です。
医院様名（※必須）	（フリガナ）　様		
ご注文担当者		ご注文の確認が必要な場合は○をご記入ください。	
FAX		休診日の配達を希望しない方は○をご記入ください。	
		初めてのご注文の方は○をご記入ください。	

- 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。当社では内容の確認をいたしませんのでご了承ください。
- 数量はカタログ表記の単位でご記入ください。ただし、リーブルのグローブのみ「箱単位」でご記入ください。(例：No.310グローブ→20箱)
- 本注文書はコンピューターで読取処理を行いますので、枠内に丁寧にご記入ください。枠外やお客様控欄は読取の対象外です。

	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	6	3	3	－						
2	6	3	3	－						
3	6	3	3	－						
4	6	3	3	－						
5	6	3	3	－						
6	6	3	3	－						
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)は必ずご記入ください。
- 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。
- 長期ご不在の場合は下記ご意見欄に休診期間をご記入ください。
- 歯ブラシ、義歯ブラシ、スリッパのネーム入れをご希望の場合は、必ず下のメッセージ欄に印字内容をご記入ください。

総額4,990円(税込)未満の場合、右記送料が必要です。 ※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回の注文につき3点まで、1商品1回限り)

歯ブラシネーム例やご意見、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。

初回のご注文の方は休診日をお書きください。

医療機器のサンプル品をご希望される場合は、ご署名欄に直筆でサインをお願いいたします。

〈ご署名欄〉今回サンプル請求する医療機器は、形状等の外観的特性について確認し、または有効性および安全性の評価に資するために臨床使用することを目的とするもので、当該サンプル品を使用した医療行為による保険請求はいたしません。

■先生ご氏名（直筆サイン）

※以前にサンプルをご提供した医療機器につきましては、再度サンプルを請求することができません。予めご了承ください。