To Ciメディカル

注文書

11

FAX 送信方向

送信枚数 /

自動読取機対応になりました。
※TEL、医院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
医院様名（※必須）	（フリガナ）　様		
ご注文担当者		ご注文確認が必要な場合は○を記入ください	
FAX		休診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。弊社では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。ただし、リーブルのグローブのみ、「箱単位」でご記入願います。（例：№310グローブ→20箱）
・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	6	3	1	－						
2	6	3	1	－						
3	6	3	1	－						
4	6	3	1	－						
5	6	3	1	－						
6	6	3	1	－						
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。
・歯ブラシ、スリッパのネーム入れをご希望される方は、必ず下記メッセージ欄に印字内容をご記入願います。
・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。

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回の注文につき3点まで。1商品は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致します。

<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、または有効性及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致しません。

■先生ご氏名（直筆サイン）

※以前にサンプル提供させて頂いた医療機器につきまして、再度サンプル請求することができません。ご了承ください。