

自動読取機で処理しています。

ゴム印はご容赦願います。

注文書

※必須項目は正確に枠内にご記入ください。個人購入は注射器関連や医薬品の購入・サンプル提供はできません。個人購入のお支払いは代引きのみです。

FAX
送信方向

注文者情報

※個人購入の場合はTELに個人携帯をご記入ください

☐ 医院・病院 / ☐ 個人 いずれかに☑をつけてください。☐ 初回 初めてご注文される場合は☑をつけてください。TEL
(※必須)

FAX

フリガナ

医院・
病院様名

様

〒

※個人購入の場合はご自宅住所を
ご記入ください。

フリガナ

ご住所

(※すでにご登録がある場合で変更がなければ住所のご記入は不要です。)

フリガナ

ご注文者 ご職業 (※個人購入必須)

ご注文者名

様

ご注文日

年

月

日

商品お届け先 ※個人購入でお届け先が職場の場合ご記入ください。

TEL
(※必須)

FAX

フリガナ

医院・
病院様名

様

ご住所 〒

お届け先
時間帯☐ 午前中☐ 14~16時☐ 16~18時☐ 18~20時☐ 19~21時

※お届け時間のご指定がある場合のみチェックしてください。

地域や道路事情等で時間内にお届けできない場合もございます。

ご注文の確認が必要な場合、休診日の配達を希望しない場合は用紙左下のメッセージ欄にご記入をお願いいたします。商品のサンプルをご希望の場合も用紙左下メッセージ欄にサンプル品コードをご記入ください。(3点まで、1商品1回限り)

- ・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、**リープルのグローブのみ「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、枠内に丁寧に記入ください。枠外やお客様控欄は読取の対象外です。

ご注文内容

	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	633-						
2	633-						
3	633-						
4	633-						
5	633-						
6	633-						
7	633-						

メッセージ記入欄 (ご注文の確認返送について・休診日の配達を希望しない・サンプルコード)

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)未満の場合送料 **550円** (税込)
500円 (税抜)

合計金額(税込)

円

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。

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、また有効性および安全性の評価に資する為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)

初回のご注文の方は休診日をお書きください。※以前にサンプルを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はできません。予めご了承ください。