FAX注文用紙

FAX送信方向

フリーダイヤル　　ファックス イイ歯

fax. 0120-089-118

番号のおかけ間違いには充分ご注意下さい。

ご注文日	月	日送信
ご注文枚数	枚目／	枚中

●ご請求先

医院・技工所名

医院・技工所お電話番号

医院・技工所FAX番号

●左詰めでハイフン（ → ）もひとマスに入れ市外局番よりご記入下さい。

お届け指定日　月　日

●ご希望のお届け日がある場合はご記入下さい。

ご記入担当者

弊社に初めてご注文される場合や、お届け先が異なる場合はご記入下さい。

●お届け先

医院・技工所名

医院・技工所ご住所

〒

医院・技工所お電話番号

●左詰めでハイフン（ → ）もひとマスに入れ市外局番よりご記入下さい。

お届け先担当者

	製品番号（左詰め）	発注数量	備考欄
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

※製品によって包装（入り数）が異なりますので、ご注文の際には充分ご確認の上、ご記入下さい。

［製品発送について］

配達は、ヤマト運輸宅急便を利用してお届けしております。
午後3時以降のご注文につきましては、翌営業日の発送とさせていただきます。

［ご確認について］

注文確認をご希望される場合は、連絡方法を電話、またはFAXからお選び下さい。

□電話での確認を希望　□FAXでの確認を希望

注文確認のお知らせ

大信貿易株式会社
本社／〒592-8346 大阪府堺市西区浜寺公園町3-231-3