

シヨク
植パス® 療法教材 FAX注文書

※ご注文日	年 月 日
-------	-------

※印の欄は必ずご記入ください

FAX番号 043-372-5130

※会員番号									
※お名前 (施設名)	担当者名：					※電話番号	—	—	
						FAX番号	—	—	
※お届け先住所	〒						携帯電話番号	—	—
							メールアドレス		
							納品書金額表示	納品書に金額表示を希望しない方は○	

◎商品の発送は入金確認後となります。お届け希望時間などございましたら通信欄にご記入ください。

通信欄

◎注文番号は省略せず、また文字は大きく濃くご記入ください。(訂正は二重線で消し判読しやすいようにご記入ください)

	※注文番号	※商 品 名	※数量	※単位	備 考
1	—				
2	—				
3	—				
4	—				
5	—				
6	—				
7	—				
8	—				
9	—				
10	—				
11	—				
12	—				
13	—				
14	—				
15	—				
16	—				