



赤枠の中は必ずご記入ください

ご注文日 月 日

FAX0120-881-273

送信枚数 /

TEL (必須)																		ご発注者様
事業所名 お名前(必須)	(フリガナ)														ご注文のご確認が必要な場合は○をご記入ください。			
FAX (必須)															ご注文が初めての方は○をご記入ください。			
休診日の配達を希望しない方は○をご記入ください。																		
休診日を○で囲んでください。月 火 水 木 金 土 日																		
※再注文の場合、お届けに変更がなければご記入は不要です。																		
お届け先	〒 都 府 市区 県 郡																	
お届け日のご指定がある場合のみご記入ください。 月 日																		
※一部地域や交通状況により、ご希望にそえない場合もございます。																		
お支払い方法を選択し○で囲んでください。																		
※ご記載がない場合は「代金引換」になります。																		
※クロネコ掛け払いは事前登録が必要になります。																		
※クレジットカードでお支払いの方はオンラインショップからご購入ください。																		
クロネコ掛け払い ・ 代金引換																		

商品名、タイプ、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。

	商品コード (左詰め) (必須)	商品名/タイプ	数量 (必須)	金額 (税抜)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

お願い 市場状況により価格等が変更される場合があります。最新価格や仕様はオンラインショップでご確認ください。
記入漏れがございますと、発送できない場合がございます。
黒のボールペン、またはサインペンでわかりやすくご記入ください。
追加・変更はお受けできない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

お買い上げ総額が
8,000円 (税抜) 未満の場合、
右記送料がかかります。

¥800
(税込880)

ご希望のサンプル商品コード (左詰め) をご記入ください。 今後の取り扱い希望商品、ご意見がございましたら、
※1回のご注文につき3点まで (1商品1回限り) にご記入ください。

クレジットカードでお支払いのお客様は
オンラインショップより
ご購入ください。



ディーシーシーオンライン