Dental Creation Challenge
株式会社 ディーシーシー

注文書

FAX
送信方向

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〇をご記入ください。	
		ご注文が初めての方は〇をご記入ください。	
FAX 〈必須〉		休診日の配達を希望しない方は〇をご記入ください。	
		休診日を〇で囲んでください。	月 火 水 木 金 土 日
お届け先	〒 都 府 県 市区 郡	※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。	

お届け日のご指定がある場合のみご記入ください。
※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。
月　日

お支払い方法を選択し〇で囲んでください。
※ご記載がない場合は「代金引換」になります。
※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。
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4,800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。
※1回のご注文につき3点まで (1商品1回限り)

今後の取り扱い希望商品、ご意見がございましたら、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