

ご注文シート

FAX : 03-3814-0135

ご注文日	
------	--

ご注文者	
名前	
〒	
住所	
TEL/FAX	
メールアドレス	

お届け先（お届け先が同上の場合は記入不要です）	
名前	
〒	
住所	
TEL/FAX	

ご注文内容			
商品番号	商品名	サイズ	個数

※お支払い方法は銀行振込みのみとさせていただきます。

※ご注文には別途国際便および国内便送料、税金、手数料がかかります。

ご注文の流れ

FAX注文→料金のご案内→お支払い→商品手配→お届け

第一医科株式会社

東京都文京区本郷2-27-16

TEL:03-3814-0111/FAX:03-3814-0135

