この度は、ご注文、誠に有難うございます。以下をご記入の上、下記迄ご返送頂けます様お願い申し上げます。

FAX注文書

	商品番号 (MN-001等)	数量	価格	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※商品代金合計が、5,400円(税込)未満の場合は、送料が別途加算されます。

フリガナ　　フリガナ

氏名:　　様　　医療機関名　　様

電話番号:　　FAX番号:

住所(お届け先):〒

Eメール(発送通知送り先):

お支払い方法: 代引き・銀行振込(北陸銀行 小立野支店　三和器械(株)普通口座1027410)
(どちらかに〇)

配達希望(任意)(日時、午前、午後等):

その他ご希望等:

本サイトの会員登録について:　希望する　希望しない　(どちらかに〇)

＊後日、仮パスワードをメールにてお伝えします

メールマガジン送付について:　希望する　希望しない　(どちらかに〇)

FAX送信先：MEDI PLUS NET　076-222-1668

石川県金沢市石引4丁目4番6号　TEL:076-222-9393