

ご注文日 (FAX送信日) 月 日 送信

ご注文枚数 ※注文書が2枚以上の時にご記入ください。 枚目 / 枚中

必須 **ご請求先**

ご登録電話番号 ※左詰めでハイフン（-）もマスに入れ、必ず市外局番からご記入ください。

FAX番号 ※在庫切れのご連絡や、FAXだけのセール等をお知らせします。

事業所名 様

ご発注担当者様 様

お届け先

※ご請求先と異なる場合のみご記入ください。
※お届け先も事前に登録が必要です。歯科関係の方に限ります。
※ご登録のない方をご記入いただいた場合は、確認のご連絡を差し上げます。
※商品は確認後の発送となります。
※「お届け先」には商品・納品明細、「ご請求先」には納品書兼請求書をお届けいたします。

電話番号

ご住所 〒 -

事業所名 様

必須	商品番号	必須	数量	商品名	※ご記入は自由です。
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

ご確認 ご注文の合計金額(予約分含む)が5,800円未満(税抜)の場合は別途送料800円(税抜)がかかります。

いずれかに をご記入ください。 送料負担了承します 送料がかかる場合は連絡希望します (発送日が遅れる可能性があります)

お支払方法 (必須) ○で囲んでください。・手数料無料・ご指定がない場合は前回同様

1. 代金引換 2. コンビニ・郵便振込 3. 口座自動引落 4. **前回と同じクレジットカード***
(スマホ決済もこちら)

※初めてカードをご利用またはカードの変更をご希望の場合は、お電話(0120-108648)もしくはオンラインショップにてご注文ください。

お届け日希望 ○で囲んでください。・ご記入のない場合は指定なしで手配いたします。

1. 指定なし ※2~3日中に発送いたします。 2. 指定あり 月 日 ()

※ご注文日翌日から7日以内でご指定ください。※16時受付分まで当日発送可能。

ご利用可能カード



お届け希望時間帯 ○で囲んでください。・ご記入のない場合は時間帯指定なしで手配いたします。

0. 指定なし 1. 午前中 2. 12~14時 3. 14~16時
4. 16~18時 5. 18~20時 6. 19~21時

ご注文受付完了の確認FAXが必要な場合は をご記入ください。

通信欄

ご注文はこちら

FAX 0120-108649
(24時間/年中無休) ※おかけ間違いのないようご注意ください。

ご注文デスク TEL 0120-108648
月~土 9:00~17:00 日祝休み

【ご注意】

- ご注文商品の販売価格についてはオンラインショップをご確認ください。
- 商品代金の他、消費税を別途頂戴いたします。
- お支払い期日については総合カタログもしくはオンラインショップのご利用ガイドをご覧ください。
- 返品交換やキャンセルについては総合カタログをご確認ください。
- 直送品は別便になります。
- お客様の個人情報は、弊社の営業活動のみに使用いたします。

FAX 0120-108649