Medical Japan
株式会社 メディカル ジャパン

注文用紙

▼お客様情報

会社名	
ご氏名/ご担当者名	
ご氏名ふりがな	
お届け先ご住所	〒
お電話番号	
ファックス番号	

▼ご注文内容

ご注文の商品内容（品番・サイズ・数量）をご記入ください。

品番	品名	サイズ	数量	金額
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥
				¥

商品代金合計	¥ （税別）

▼ご希望お届け日

希望お届け日がある場合は、ご記入ください。

▼ご希望お届け時間帯

希望お届け時間帯がある場合は、ご記入ください。

☐ 指定なし　☐ 8時～12時　☐ 12時～14時　☐ 14時～16時
☐ 16時～18時　☐ 18時～19時　☐ 19時～21時

消費税	¥
送料 ※	¥
お支払い金額合計	¥

※ 送料につきましては、配送先・商品数・大きさによって異なりますので追ってご連絡させて頂きます。

ファックスご送信先：053-411-5510

株式会社メディカルジャパン　〒430-0801　静岡県浜松市東区神立町118-5