

FAX ORDER SHEET

ファックス オーダーシート



ご注文日
年 月 日

歯科医師名 又は お名前

お電話番号

ご住所

ご発注担当

ご注文商品

	商品名	商品No.	数量
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

備考欄 (ご希望を記載下さい。)

--

いつもご注文ありがとうございます。 株式会社 バイオデント

FAX番号 No. 03-3801-7560