

「用品・機器販売」商品注文FAX用紙

発注者情報

○印 会員・一般 ご注文日 年 月 日

| | |
|------------|------------|
| お名前（ご担当者名） | |
| ふりがな | |
| 治療院名 | |
| ふりがな | |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| メールアドレス | |

商品送付先

発注者とおなじ場合は、チェックを記入してください。

| | | |
|------------|------------|----------------------------------|
| お名前（ご担当者名） | | 配送希望時間 |
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 午前中 |
| 治療院名 | | <input type="checkbox"/> 12時-14時 |
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 14時-16時 |
| ご住所 | 〒 | <input type="checkbox"/> 16時-18時 |
| 電話番号 | | <input type="checkbox"/> 18時-20時 |
| | | <input type="checkbox"/> 20時-21時 |

商品・数量

| No | 注文番号 | 商品名 | 数量 |
|----|------|-----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ ご注文内容を確認し、請求金額が確定し次第、ご確認のご連絡を申し上げます。

内容を良くご確認の上、**011-213-1034（北鍼協）**へFAXを送信してください。