

「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 2012 年 1 月 10 日

お名前（ご担当者名）	北鍼 太郎
ふりがな	ほくしん たろう
治療院名	北鍼治療院
ふりがな	ほくしんちりょういん
ご住所	〒 000-0000 北海道札幌市〇〇〇区〇〇条〇〇丁目〇〇-〇〇 〇〇〇ビル 1F
電話番号	011-123-4567
FAX番号	011-123-4568
メールアドレス	hokushintaro@email.jp

商品送付先

<input checked="" type="checkbox"/> 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）	同上	配送希望時間
ふりがな		<input checked="" 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
1	d0512	セイリンディスポ鍼5分02番	10箱
2	d1301	セイリンディスポ1寸3分1番	8箱
3	n1160	NEOディスポ鍼1寸6分0番	5箱
4	917-2	ディスポフェイスパー（小）	5箱
5	950-1	キネシオロジーテープ	2箱

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

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。