ご注文フォーム

ご注文日　　年　　月　　日

FAX送信先　03-5652-3393

貴医院名：	ご担当者名：
ご住所：〒 TEL：　　／FAX：	
配達希望指定日：	時間指定　□午前　□午後　□その他(　　)

■ご注文内容

※現在までにお取り引きのございますお客様は住所のご記入は不要です。

品　番	商　品　名	数　量

※お届け先1件につき、ご注文合計金額が税込5,000円未満の場合は、送料800円をご負担いただきますので予めご了承ください。

(お気づきの点、ご要望などございましたらご記入ください)

備　考：

人にやさしいを科学する
オーソデントラム
米国オーソオーガナイザーズ社・独国デントラム社総代理店
〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町 2-7-15 日本橋トグチビル 2F
TEL：03-5652-3322 FAX：03-5652-3393 http://www.ortho.co.jp