

KAZEN専用注文書

FAX:098-888-0629

ご住所	〒		
医療機関名			
担当者名		医院コード	
TEL		FAX	

ご注文書合計	枚の	枚目	ご注文日	月	日
--------	----	----	------	---	---

ご注文商品(商品番号のハイフン(-)もご記入お願いいたします。) コピーの上お使い下さい。

No	商品番号										商品名	カラー	サイズ	数量	
Ex	R	E	P	2	1	0	-	1			レディス診察衣	サックス	M	1	
											全商品本体価格より30%OFF+税				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
<small>※発注合計金額が本体価格で¥10,000-(税別)未満の場合、別途送料が必要となります。 <small>※別製品(袖・股下加工/刺繍/別注サイズ等)はキャンセル/返品はお受けできません。</small> </small>													数量合計		

通信欄

※ご注文に関するご要望等がございましたら
左側通信欄にご記入ください。

沖縄県医師協同組合
TEL:098-889-0081