

■クリニック・歯科医院・医療機関様用■ FAX注文書

() 年 () 月 () 日	
送信元	
名称	*ゴム印可
〒	
住所	
TEL	
FAX	
御担当様	(印)

	コード	品名	税別単価	ご注文数量
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

★初回ご購入には、必ず診療所開設届のコピーをFAX又はメールにお願い致します★

【送料】

- ①税別10,000円以上無料、但し北海道は1ケースあたり650円、離島沖縄は別途。
- ②1万円以下450円。北海道は1ケースあたり650円、離島は別途。


【お支払い方法】

- ①代引き、税別10万円以下300円、20万円以下600円、30万円以下2,000円。
- ②お振込みの際は、手数料ご負担お願い申し上げます。

【お支払い方法】

代引き 銀行振込

*✓がない場合は代引きとさせていただきます

 株式会社ブリーズ

〒660-0072 兵庫県尼崎市大庄川田町32
TEL 06-6412-3155 (代)

FAX注文番号 06-6412-3156
Email :breeze@opal.ocn.ne.jp