

■クリニック・歯科医院・医療機関様用■ F A X 注文書

送信日 平成 () 年 () 月 () 日

住所	〒		コード	品名	購入数量	税別単価	税別金額
名称			1				
代表者			2				
TEL			3				
FAX			4				
			5				
			6				

★初回ご購入には診療所開設届のご提示、コピーFAX又はメールにお願い致します★

◆ご注文方法◆

- ①FAX、メールご注文承ります。（ご注文用紙は弊社HPからでもダウンロード出来ます）
- ②送料① **10,000円（税別）以上送料無料**。但し北海道は500円、離島は別途。（以下450円、北海道1CS600円、離島は別途。）
- ③・お支払い方法①代引き300円。
・銀行お振込入金確認後発送、手数料はご負担願います。

株式会社ブリーズ 〒660-0072 兵庫県尼崎市大庄川田町32 お電話 06-6412-3155 (代)

ブリーズアルコールで検索!!!

Email : breeze@opal.ocn.ne.jp

・医薬品販売00012300060・高度管理1100099

ご注文 FAX 06-6412-3156