

# ショップカード、診察券 注文書

**FAX 03-5539-3709 に送付ください**

太枠内に必要事項を記入し、FAXください。

お店の住所印鑑がある場合はそちらを押していただいてもかまいません。

ご注文日 年 月 日

店舗名

ご担当者名

ご住所 〒 -

TEL - - FAX - -

紙 質(どちらかに○を)	枚 数
上 質 • PETカード	枚
上 質 • PETカード	枚
上 質 • PETカード	枚

備考欄 上記以外への納品はこちらにご記入ください。

ご住所 〒 -

ご担当者名 TEL - -

## 弊 社 記 入 欄

代金引換の際にご用意していただく金額を記入し再度FAXいたします。

合計金額 円 納品予定日 年 月 日