

お薬手帳 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

—

—

デザイン(ご注文の商品に○をお付けください)

ページ数

部数(100冊単位)

①カラフル水玉

②カラフル街並

20ページ ・ 36ページ

冊

③小鳥と大木

④チェックページ

お支払方法

代引き

代金と商品の引換
500冊以上ご注文の方

銀行振込

※振込手数料はお客様の負担で
お願いいたします。

ご注意 振込確認後の発送となります。

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・銀行振込の金額・振込口座情報を記入し再度FAXいたします。
銀行振込のお客様は入金を確認出来次第の発送となります。

合計金額

円

納品予定日

年

月

日