

お薬手帳 サンプル 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

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

①カラフル水玉

②カラフル街並

20ページ ・ 36ページ

③小鳥と大木

④チェックページ

備考欄

3～5日以内に到着いたします。

SOLANA DESIGN

http://www.solanadesign.jp/okusuri_index.html

mail : okusuri@solanadesign.jp