

商品注文書

年 月 日

初めての方	・ H. Pを見て ・ 紹介(様より) ・ DM		
コード No.	2回目以降お届け先等に変更が無ければ 納品書記載のコード No.と医療機関名をご記入下さい		
(ふりがな) 医療機関名			氏 名
住 所	〒		
TEL			FAX
お支払い	<input type="checkbox"/> 代 引 き ・ <input type="checkbox"/> お 振 込(口座名義名 様)		
宅配日時指定			
□ (月 日 曜日)			
□ 時間指定なし ・ □ 午前中 ・ □ 12～14時			
□ 14～16時 ・ □ 16～18時 ・ □ 18～20時			
ご意見・ご要望			

品 番	商品名	定 価	数 量	金 額
				消費税
				合計金額

※ 送料、代引き手数料は弊社負担です。

Reflepro® 株式会社 リフレプロジャパン 担当 吉野

〒542-0081 大阪市中央区南船場 2-5-17 GATO EAST 3F / Tel 06-6262-0039 ・ Fax 06-6262-8485

URL <http://www.reflepro.co.jp>**FAX 06-6262-8485**

弊社記入欄

月 日

伝票 No.

1109HP