商品注文書

年　月　日

初めてのご注文の方	□ ホームページを見て　□ 紹介（　　様より）　□ DMを見て		
コードNo.		※2回目以降お届け先に変更が無ければ、 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		ふりがな	
医療機関名		**氏名**	
お届け先ご住所	〒　－　※ビル・マンション名もご記入ください 都道府県		
TEL		**FAX**	
お支払い方法	□ 代引き □ お振込み（口座名義名：　　様）		
お届け日時指定	□（　　月　　日　　曜日） □ 時間指定なし　□ 午前中　□ 12～18時　□ 18～20時		
ご意見・ご要望			

品番	商品名	定価	数量	金額
			小計	
			消費税	
			合計金額	

※送料・代引き手数料は弊社負担です。

RefleproJapan
株式会社リフレプロジャパン

〒542-0081 大阪市中央区南船場 2-5-17GATO EAST 3F
URL : http://www.reflepro.co.jp
TEL : 06-6262-0039 / FAX : 06-6262-8485

弊社記入欄	月　日	伝票No.		1608HP

▲ **FAX 06-6262-8485** ▲

必要事項をご記入いただき、
FAX送信してください