

FAXご注文用紙

ご注文の際は、コピーしてお使いください。

貴医院名	※必ずご記入ください。	電話番号	※必ずご記入ください。
ご注文者名	※必ずご記入ください。	FAX	

	製品番号	数量	備考
記入例	0 0 7 - 4 0 1	1 0	クリアティ™ SL セラミック ブラケット
	※製品番号は、ハイフンも含めてご記入ください。		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

 **FAX.0120-406-084**

【お客様通信欄】 ご意見・ご要望をお聞かせください。