

FAXオーダーシート

FAX番号  0120-892-256

FAX

こちらの方向にお送りください

有限会社 ともえ薬品 宛

ご注文日 年 月 日

お客様ご登録欄

貴社名または薬局名	ふりがな
ご住所	ふりがな
	〒
連絡先	TEL FAX
仕入れ ご担当者様名	ふりがな

ご注文商品記入欄

メーカー	商品名	規格・包装	有効期限	数量	単価	金額

お届け希望日	年 月 日
コメント欄	

ご注文金額	
消費税	
代引き手数料	
配送料	
合計	

※ご注文欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

送付枚数 1 枚

有限会社 ともえ薬品 FAXフリーダイヤル▶▶▶ 0120-892-256

■営業時間 月～金 9:00～18:00 土 9:00～16:00 ■TEL:03-5296-0721