



# ご注文書

| 商品名 | 個数 | 値段 | 合計 |
|-----|----|----|----|
|     |    |    |    |
|     |    |    |    |
|     |    |    |    |
|     |    |    |    |
|     |    |    |    |

|  |           |       |   |
|--|-----------|-------|---|
| お客様お名前                                   |           |       |   |
| お届け日時                                    | 月         | 日( )  | 時 |
| 連絡先 電話番号                                 |           |       |   |
| FAX番号                                    |           |       |   |
| お客様ご住所                                   |           |       |   |
| お届け先住所<br><small>上記と異なる場合ご記入ください</small> |           |       |   |
| 担当者様お名前                                  |           |       |   |
| その他連絡事項                                  |           |       |   |
| <b>お支払方法 ※必ずご記入ください</b>                  |           |       |   |
| <input type="checkbox"/> 現金              | 領収書 要 ・ 無 | 領収書宛名 |   |
| <input type="checkbox"/> 振込              | 入金日 月 日   | 請求書宛名 |   |

医大東店 TEL/FAX 086-223-2555  
今店 TEL 086-242-0083 FAX 086-242-0084