

# FAXオーダーシート

◆お問合わせ内容  ご注文  見積依頼  お問合せ

※欠品の際はお電話にて早急にご連絡申し上げます。

2枚以上送信の場合は通し番号を  
ご記入ください。

枚目 / 枚中

●医療機関名※必須			
●氏名※必須			
●ふりがな			
●郵便番号	〒	-	
●お届け先住所 ※初回ご注文時のみ必須			
●電話番号※必須			
●FAX番号			
●メールアドレス			
●お届け指定日	月	日	<input type="checkbox"/> お急ぎ(当日発送：平日12時までご入金) ※弊社在庫によりご用意ができない場合もございます
●お支払方法	銀行振込		



FAX:



0120-339-189

	商品名	規格	包装	数量	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

各種ご注文・お問い合わせ

[www.kotobuki.me](http://www.kotobuki.me)  
 TEL:0120-669-189

※平日午後4時以降や土・日・祝日のご注文は  
翌営業日の受注扱いとなりますのでご注意ください

営業時間  
月曜～金曜/9:00～18:00  
(土曜・日曜・祝日休業)

株式会社 寿薬品  
KO+OBUKI MEDICINE

FAX: 0120-339-189

〒921-8062 石川県金沢市新保本5丁目67番地  
TEL (076) 249-3110 FAX (076) 249-3307