

複写式フォーム注文用 FAX用紙

内をご記入の上、お送り下さい。申込み内容を確認の上、金額を記載して返信いたします。

歯科医院名	
担当者お名前	
送付先ご住所	
メールアドレス	
電話番号	
FAX番号	

支払方法代	代 金 引 換 / 銀 行 振 込
振込先	大垣共立銀行 本山支店 普通 939605 日本訪問歯科サポート株式会社 <small>※銀行振込の場合、ご入金確認後の発送となります。（振込手数料お客様負担）</small>

商品名	価格（税込）	数量
訪問歯科診療治療内容説明書 [200枚 2枚複写式（100回分）]	@1,296円	冊
管理指導計画書 [200枚 2枚複写式（100回分）]	@1,404円	冊
歯科診療情報提供書 [200枚 2枚複写式（100回分）]	@1,404円	冊
弊社記入欄	小 計	円
	郵 送 料	円
	代金引換手数料	円
	合 計 額（税込）	円

- 郵送料 …… 全国一律 540円(税込)
※但し、1回のお取引で商品を5,400円(税込)以上の場合は無料とします。
- 代引き手数料 …… 代金引換の場合は、代引き手数料650円(税込：全国一律) を別途申し受けます。
- 銀行振込手数料 …… 振込手数料はご負担下さい。入金確認後の発送となります。

※品質などについては万全を期しておりますが、万一「注文した商品と違う」「商品にキズや汚れがある」など、当社理由による商品の返送費用は当社が負担いたします。その際は、商品到着後1週間以内にご連絡ください。

F A X 番 号 : 0120-495-004 (24時間受付)

弊社
受付完了