

KAZEN MEDICAL 2020
専用注文書

FAX:098-888-0629

ご住所	〒		
医療機関名			
担当者名		医院コード	
TEL		FAX	

ご注文書合計	枚の	枚目	ご注文日	月	日
--------	----	----	------	---	---

ご注文商品(商品番号のハイフン(-)もご記入お願いいたします。)

コピーの上お使い下さい。

No	商品番号	商品名	カラー	サイズ	数量
Ex	1 3 3 - 7 8	スクラブ	ダークネイビー	L	1
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※発注合計金額がカタログ価格で¥10,000-(税別)未満の場合、別途送料が必要となります。
※別製品(袖・股下加工/刺繍/別注サイズ等)はキャンセル/返品はお受けできません。

数量合計	
------	--

通信欄	
-----	--

※ご注文に関するご要望等がございましたら
左側通信欄にご記入ください。

沖縄県医師協同組合
TEL:098-889-0081