クラフトハウス メディカル事業部 FAX 注文書

送信日	年　月　日　枚中　枚目	ご注文は **クラフトハウス** TEL：092-771-6836 FAX：092-771-6837	
希望納期	月　日　※取り寄せ商品は約 10 日程必要です		
施設名		ご担当者様	
ご住所	〒　－		
TEL	(　　)　－	FAX	(　　)　－

※ご住所は初回発注の場合のみご記入ください。

■クラフトハウス　担当／栗元・和田

カタログ名	商品番号	商品名	色　番	注文数	定　価

□請求書は上記施設請求
　□月末締請求書郵送、翌月末振込
　□発送商品に請求書を同梱し、着後 1 週間以内に振込

□請求書は個人請求（氏名　　様）
（発送商品に請求書を同梱し、着後 1 週間以内に振込）

●上記のいずれかの四角にチェックをつけて下さい。

備考