注文書

発行年月日：　　年　　月　　日

クリニック名：

住　　所　　：

TEL　　：

FAX　　：

担当者名：

下記の商品を注文致します。

商品名	注文数量	単価（税抜）	金額
		合計金額（税抜価格）	

※20,000円未満は別途送料1,500円掛かります。

株式会社メディカルプランニング
（株式会社プログレSメディカル）
〒357-0046　埼玉県飯能市阿須445-17
TEL:042-978-5071

FAX：042-978-5691

↑注文数をご記入の上、こちらへＦＡＸお願い致します