

F A X 注 文 書

FAXはこちらへ→ 076-266-4113

明祥株式会社 本社 宛

	6ケタの発注コードをご記入ください						数 量
①	5	0					
②	5	0					
③	5	0					
④	5	0					
⑤	5	0					
⑥	5	0					
⑦	5	0					
⑧	5	0					
⑨	5	0					
⑩	5	0					

配送希望日時

※ご注文承り後、2～3日前後で配送いたします。

医療機関名 _____

担当者 _____

TEL _____

FAX _____