

ベイジングウェア千羽織 購入申込書

申込日 年 月 日 申込先 FAX : 0258-47-5050

ご施設名			
部署			
ご担当者			
住所	〒		
TEL		FAX	

上記と異なるご請求先、ご送付先をご希望される場合のみご記入ください。

<input type="checkbox"/> ご請求先 <input type="checkbox"/> 商品ご送付先 ※いずれかにチェック✓をつけてください。			
ご施設名			
部署		ご担当者	
住所	〒		
TEL		FAX	

ベイジングウェア千羽織			
色	サイズ	数量	備考
白	M	箱(30枚)	
	L	箱(30枚)	
	LL	箱(30枚)	
紅藤	M	箱(30枚)	
	L	箱(30枚)	
合計		箱(30枚)	

株式会社 悠久堂医科器械店
 〒940-2117
 新潟県長岡市石動南町8-1
 TEL :0258-47-1848
 FAX :0258-47-5050

連絡事項	
------	--