



歯科モール・ドットコム 注文用紙

ご注文は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に注文したことがあります。	注文日	年	月	日
-------------	---	-----	---	---	---

歯科医院名	顧客番号
ふりがな (ローマ字)	
歯科医師名	

商品番号	商品名	単価\$	数量	合計\$
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
		合計金額	\$	

発送方法	<input type="checkbox"/> 在庫があるものから発送	<input type="checkbox"/> すべて揃ってから一括発送
------	--------------------------------------	---------------------------------------

決済方法	<input type="checkbox"/> クレジットカード	<input type="checkbox"/> 代金着払い
カード情報	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER
	<input type="checkbox"/> AMEX	<input type="checkbox"/> DINERS-MASTER
	カード番号: _____	
	カード名義: _____	
	有効期限: _____ / _____ (月 / 年)	
	セキュリティコード: _____	
	※カード裏面のご著名欄の上部 (AMEXは表面右側)の末尾3桁または4桁の数字	

お客様情報	住所: 〒 _____
	電話番号: _____ FAX: _____
	E-mail: _____ ※必ずご記入ください。

キャンペーン・コード	※ご存知の方はご記入ください。
------------	-----------------

※新規のお客様は、この用紙と一緒に歯科医師免許のコピーも送信してください。
 ※FAX注文用紙をお受け取りしてから、約2営業日以内にご注文確認メールをお送りいたします。
 万が一確認メールが届かない場合は、お手数ですが下記Eメールアドレスまでご連絡くださいますようお願い申し上げます。