

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)	生年月日	
年	月	日
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。
------------	-----------------

※初めてのお客様は、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注文用紙を受信後、約2営業日以内にご注文確認メールをお送り致します。
 万が一確認メールが届かない場合は、お手数ですが下記FAXまたはEメールまでご連絡ください。
 FAX:001-010-1(米国番号)-949-222-2229 Eメール:info@shika-mall.com