

# FAXオーダーシート

コピーしてご利用ください

( )枚中( )枚目

ファクシミリでのご注文も承ります。必要事項をご記入の上、送信してください。

**FAX 0120-24-0892**  
24 時間 お や く に

ご注文日:                            年            月            日

フリガナ		TEL	(            )
医院名 ラボ名		FAX	(            )

◎ご新規のお客さまのみご記入ください。

フリガナ	
ご住所	〒

【ご注文商品記入欄】

商品名	オーダーNo.	数量
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	

【通信欄】 ご意見・ご希望がございましたらお書きください。



【お問い合わせ先】

**株式会社 デンタリード**  
DENTALEAD

**本社** 大阪市淀川区新高1-1-15  
**TEL 06-6396-4448** **FAX 0120-24-0892**

**東京** 東京都千代田区神田小川町1-11 千代田小川町クロス12F  
**TEL 03-5217-0353** **FAX 03-5217-0366**