

★カタログのご利用には会員登録が必要です。

カタログ No.63-N

ご登録がお済みでない場合や ご登録内容に変更がある場合は、別紙の新規ご登録／ご登録内容変更FAX用紙で手続きをお願いいたします。

■ご注文日

年

月

日

■送信枚数

枚

■ご請求先の名称・医療施設名

様

■お客様コード

ご不明の場合は、
下記の TEL・FAX を
必ずご記入下さい。

■TEL：

—

—

■FAX：

—

—

■ご注文担当者

様

●配達希望日

月

日

※ご希望がある場合のみ
ご記入下さい

●受注／発送確認連絡

☐要 FAX

☐要 TEL

☐不要

●お届け先

※ご請求先と異なる場合のみご記入下さい。

送品先名称

様

ご住所 〒

TEL：

—

—

ご注文の確認連絡をさせていただく場合がございます。

■前歯……………☐ピュア前歯 ☐ソリュートPX ☐エフセラ A

商品コード	数量	色 調・形 態	商品コード	数量	色 調・形 態
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下

■臼歯……………☐ピュア臼歯 ☐ソリュートPX ☐エフセラP シンプラー ☐エフセラP ☐エフセラP RH

商品コード	数量	色 調・形 態	商品コード	数量	色 調・形 態
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下
		上・下			上・下

■バラ部位別……………☐ピュア臼歯 ☐エフセラA ☐エフセラP シンプラー ☐エフセラP ☐エフセラP RH

商品コード	数量	色 調・形 態・部 位	商品コード	数量	色 調・形 態・部 位

■硬質レジン歯以外のご注文 ☐あり ☐なし

※ご記入は商品コードと数量欄のみでも結構です。

■お支払方法 ※お取引が初回の場合は、コンビニ／ゆうちょ銀行はご利用いただけません。

☐ 宅配代引

☐ コンビニ／ゆうちょ銀行

クレジットカード ▶

☐ AMEX ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB

お支払回数……………1・3・6・10・15・20・リボ払い

カード名義人

有効期限

カード番号

年

月

—

—

—