福島県医師協同組合　御中（FAX　024-572-7732）

ナガイレーベン注文書

ご 住 所	〒		
医協名	福島県医師協同組合		
Ｔ Ｅ Ｌ		Ｆ Ａ Ｘ	
医療機関名		医院コード	

注文書合計	枚の　　枚目	注文日	

ご注文商品（商品番号のハイフン（－）もご記入お願いいたします。）　　コピーの上お使い下さい。

No	商品番号	商品名	カラー	サイズ	数量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

※別製品（袖・股下加工／刺繍／別注サイズ等）はキャンセル／返品はお受けできません。

数量合計	

通信欄	

※ご注文に関するご要望等がございましたら
左側通信欄にご記入ください。

（福島県医師協同組合）