

ご住所	〒		
医療機関名			
ご担当者名			
E-mail	@		
組員コード		TEL	

ご注文書合計	枚の	枚目	ご注文日	年	月	日
--------	----	----	------	---	---	---

**ご注文商品**

No	商品番号	商品名	サイズ	カラー	数量
(例)	Q03	スムーズタッチ ユニセックス プルオーバースクラブ	L	ライトブルー	2
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※返品・交換については、未使用・タグ付・商品付属品の紛失・破損が無い場合に限り、原則、購入から60日以内は可能です。(詳細は医師協へお問い合わせください)

数量合計

通信欄	
-----	--

ご注文に関するご要望等ございましたら  
左記「通信欄」にご記入ください。

**福島県医師協同組合**

**TEL:024-572-7731**