

たのめーる 専用注文書

ご注文先 福島県医師協同組合 FAX:024-572-7732

ご住所	〒		
医療機関名			
代表者名		担当者名	
TEL			

ご注文書合計	枚の	枚目	ご注文日	月	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。)

No	商品番号								商品名	数量
Ex	2	2	5	-	0	7	8	6	PPC用紙 Pure White	1
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

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
TEL:024-572-7731