

FOLK 専用注文書

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。) コピーの上お使いください。

No	商品番号									商品名	カラー	サイズ	数量
Ex	7	0	0	0	S	C	-	1	7	スクラブ	ダークネイビー	M	2
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※発注合計金額がカタログ価格で¥10,000-(税別)未満の場合、別途送料が必要となります。
※CW-X商品、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

TEL:024-572-7731