

# 住商モンブラン 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		FAX	

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。)

コピーの上お使い下さい。

No	商品番号										商品名	カラー	サイズ	数量	
Ex	L	K	M	7	0	1	-	0	1	0	0	メンズドクターコート	オフホワイト	LL	1
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。  
 ※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

※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**

通信欄