

カリスクリーン専用 ご注文書

2016.12-21

1. ご注文日

注文日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

FAX注文先:0120-702-932

2. ご注文数量(※必須)

カリスクリーン _____ 医院様価格 ¥ 398,000- / 台 (消費税別) _____ 台

カリスクリーン専用スワブ(25本入) 医院様価格 ¥ 30,000- / 梱包 (消費税別) _____ パック

カリスクリーン専用スタンド _____ 医院様価格 ¥ 6,800- / 台 (消費税別) _____ 台

※専用スワブと専用スタンドは過去にカリスクリーン本体をご購入頂いた医院様にのみ、販売いたしております。
初めてご購入される場合は、カリスクリーン本体とご一緒にご注文ください。

3. ご住所(※必須)

〒 _____ 都道 _____ 市区 _____
府県 _____ 郡 _____

医療機関名: _____ 院長氏名 _____

TEL: _____ () _____ FAX: _____ () _____ 発送確認(要・不要)
※発送確認が必要な場合は必ず、FAX番号をご記入ください。

4. 発送先(同上の場合は記入不要です。上記施設以外に送付をご希望される場合のみご記入ください。)

〒 _____ 都道 _____ 市区 _____
府県 _____ 郡 _____

受取人名: _____ (医療機関名: _____)

TEL: _____ () _____ FAX: _____ () _____

5. ご請求先(※必須)

お取り扱い
ディーラー名: _____ () 様 店様 ご担当者: _____ 様

TEL: _____ () _____ FAX: _____ () _____

6. 注文先

 株式会社 **ヨシダ** DNA本部 器材部

FAX注文先:0120-702-932

7. 注意事項

- ・平日午前11時までにご注文いただいた商品は、在庫のあるものについては当日発送致します。(午前11時以降は翌営業日の受注となります。土・日・祝日は受付出来ません。)
- ・カリスクリーン専用スワブはクール便で発送します。時間の指定はできません。また、北海道・九州・沖縄及び離島地区へ送付の際は、発送からお届けまで2日間(一部離島地区では3日以上)かかります。あらかじめご了承下さい。
- ・カリスクリーン専用スワブは冷蔵(2-8℃)にて保存ください。
- ・返品・交換はお受けいたしかねますのでご了承ください。
- ・ご記入いただいた個人情報は、当社の定める個人情報保護方針に則って、お取り扱いさせていただきます。

8. 弊社記入欄

発注No. _____

営業所: _____

【ご注文受領印】

【備考】

(■ 8. 弊社記入欄は空欄のままご送信ください。)