

歯科医院向けオリジナルモバイルキャビネット
Hamacabi FAX注文書

FAX番号 045-501-8452			
FAX送信日	年	月	日

FAX送信者様はどちらですか？

どちらかに○をつけてください
 () 歯科医院様 ⇒ ①に記入をお願いします。
 () 日商連加入材料店 ⇒ ②に記入をお願いします。

①	医院名	TEL	
		FAX	
ご住所 〒			
担当者名		お取引材料店名	

②	商店名 株式会社 イシハラ	TEL	045-501-8341
		FAX	045-501-8452
ご住所 〒234-0037 神奈川県横浜市鶴見区向井町 1-14			
担当者名		納入先医院名 様分として	

(医院様直送の場合は①に医院ご住所・電話番号を記入してください)

ご注文内容

ハマキャビ450						価格
	ホワイト(UW)	アイボリー(WI)	ブルー(LB)	ピンク(FP)	イエロー(MY)	
	台	台	台	台	台	¥
ハマキャビ350						価格
	ホワイト(UW)	アイボリー(WI)	ブルー(LB)	ピンク(FP)	イエロー(MY)	
	台	台	台	台	台	¥
ハマキャビPOCO		価格 ¥23,000(税別)				価格
(ポコはパネルカラーの選択はございません)					台	¥

備考	新設医院様へお届けの場合は当日繋がる電話番号を明記してください。
----	----------------------------------

計	¥
送料(注)	¥
消費税	¥
合計	¥

表示の料金は全て税別です。

(注)オプション天板は別梱包です。お客様で交換取付けをお願いします。天板交換済みでの出荷をご希望の場合は有料(¥2,500/台)にて承ります。

(注)送料:(神奈川・東京・千葉・埼玉・山梨・静岡・愛知・三重・岐阜・滋賀・京都)⇒無料 そのほかはお問い合わせ下さい。

●お客様の個人情報は当組合が業務を委託した企業が必要な範囲で取り扱うことがあります。それ以外の目的には一切使用いたしません。

TEL **045-501-8341**

神奈川県歯科用品商協同組合 お問い合わせ TEL050-3726-6229
 〒231-0035 神奈川県横浜市中区千歳町1-11-202