

商品ご注文用紙

ご注文日	2017年 月 日
貴医院名	
ふりがな お名前	
Eメール	
ご住所	〒
電話番号	
FAX番号	

3点セット キャンペーンのご注文 お好きな商品を3つお選びください	価格(税別)	数量	金額
カリソルブ	/	/	/
キッズソルブ	/	/	/
ペリソルブ	/	/	/
どの組み合わせでもOK!			
小計			70,000
単品のご注文	価格(税別)	数量	金額
カリソルブ	30,000		
キッズソルブ	30,000		
ペリソルブ	28,000		
インスツルメント セット (5本組)	50,000		
インスツルメント 単品 (1・2・3・4・5)	10,000		
小計			
消費税			
合計金額			円

FAX : 03-3251-5340 (トータルヘルスコンサルティング直通)