

株式会社 トラストメディカル

〒981-3212 仙台市泉区長命ヶ丘3-28-1

TEL: 022-342-6801

FAX: 022-342-6802

ご注文書

ご記入日: 年 月 日

フリガナ				
貴社名				
ご住所	〒			TEL
				FAX
お届け先 (上記ご住所と異なる場合のみご記入ください)	〒			お名前
				TEL
ご注文の商品名 □にチェックを付けて、数量をご記入ください	商品名	数量	商品名	数量
	<input type="checkbox"/> トパーズXLHD22インチ		<input type="checkbox"/> オニキスデスクセットHD	
	<input type="checkbox"/> ルビー10スピーチ		<input type="checkbox"/> ルビーHD7インチ	
	<input type="checkbox"/> ルビーHD5インチ			
	<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 指定なし			
	<input type="checkbox"/> 指定あり			
	月 日 ()			
	午前 / 14~16時 / 16~18時 / 18~20時 / 19~21時			

*お手数をお掛けいたしますが、太枠内ご記入後FAXにてご返信ください。

[トラストメディカル記入欄]

--

(株)トラストメディカル 宛て



FAX 022-342-6802