

# ファクシミリ専用注文用紙 (Ankylos C/X Implant)

(お客様コード番号)

デンツプライシロナ株式会社

年 月 日

お客様名 : \_\_\_\_\_

◇請求書送先

名称

ご住所 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

TEL :

ご希望お届け日 :	月	日
-----------	---	---

ご使用予定日 :	月	日
----------	---	---

弊社営業担当 : \_\_\_\_\_

\* 当日発送の受付は15:00までとなっております。時間を過ぎてのご注文にしましては、ご希望のお届け日にご手配できない場合がございます。また、お届け先の地域によりましてご希望のお届け日にご手配できない場合がございます。

商品コード	商品名	数量	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

●商品発送先●

(名称)

(住所) 〒

(TEL)

\* **当日発送の受付は15:00までとさせていただきます。**

\* 北海道、九州、離島については翌々日の納品となります。

社の取り扱う他の商品のセミナー・サービスなど各種情報のご提供を目的で使用致します。また、担当取扱店を通じてご注文の場合は、担当取扱店とご注文のサービスを提供するために、ご記入頂いた情報を共同利用させて頂く事がございますが、その他の場合において、予めご本人の同意を得ること無く第三者への開示・提供を致しません。  
各種情報の案内をご希望されない場合は以下に印をお付け下さい。  各種情報・案内を希望しない (印が付いていない場合は、「希望する」とさせていただきます。)  
尚、お申込書に適切にご記入頂けない場合は、ご注文に伴うサービスや各種情報のご案内ができません。  
個人情報につきましては、以下にお問い合わせ下さい。  
- ご記入頂いた個人情報に関するお問い合わせ先: 当個人情報管理者カスタマーグループリーダー (E-mail: privacy@astratech.jp)

受注	入力	確認

FAX : 0120-461-867