



# EVOLUTION® (ドイツ産) リンガルブラケット 注文書

送信先 FAX 番号 : 082-209-0788

## <ご注文方法>

楷書(読みやすい字)でご記入をお願いいたします。

右記、注文書の必要事項を記入いただき「送信先 FAX 番号: 082-209-0788」宛にファックスを送信ください。

内容に記入漏れなどありますとお届けに時間がかかってしまう場合がありますので、ご記入漏れはないかご確認の上 FAX を送信頂きますようよろしくをお願いいたします。

必ずご記入ください。

ご注文年月日: 西暦 年 月 日

(ふりがな)

貴医院名:

(ふりがな)

お名前:

住 所: 〒

TEL :

FAX :

email :

■ 今後フォレスト・ワンからの情報を希望されますか?  希望する  希望しない

## <お支払方法について>

お支払は佐川急便の"e-collect"でお願いしております。

商品お届け時に現金または、クレジットカードにてお支払下さい。銀行振込でのお支払方法をご希望の場合には、以下に○を付けて下さい。

銀行振込希望

## 1. セットでのご注文希望の場合には、以下にご注文内容をご記入下さい。

種類をチェックし、各必要項目を○で囲んで必要症例数(セット)をご記入下さい。

種類	仕様	症例	ジグ*1	症例(セット)
<input type="checkbox"/> 3-3	上顎のみ 上下顎		必要 不要	
<input type="checkbox"/> 5-5	上顎のみ 上下顎	非抜歯 抜歯	必要 不要	
<input type="checkbox"/> 7-7	上顎のみ 上下顎	非抜歯 抜歯	必要 不要	

\*1 ジグのご注文は、下記の"器具類ご注文"にバック数量をご記入下さい。

初めてのご注文の方には、必ず専用オープナーをご購入いただくことをお願いしております。ご注文は下記の専用オープナー項目にご記入下さい。(専用器具以外でのクリップ開閉を行いますと、クリップの破損の原因となります。)

## <お申込先>

〒730-0016

広島県広島市中区鞆町 13-23 3F

(株) フォレストワン

エボリューション係

## 2. 各ブラケットのご注文の場合には、以下にバック数量をご記入下さい。

\*1 パック 5 個入りです。規格は上下顎共通です。

種類	品番	定価(税込み)	バック数	金額
前歯用トルク 40度	300-11/43-40	¥13,125-		
前歯用トルク 60度	300-11/43-60	¥13,125-		
小白歯用トルク 10度	300-14/45	¥13,125-		
大白歯用トルク 10度	300-10W	¥13,125-		

## <お問い合わせ先>

(株) フォレストワン

エボリューション係

〒730-0016

広島県広島市中区鞆町 13-23 3F

## 器具類のご注文(別売り)

種類	品番	販売価格(税込み)	数量	金額
専用オープナー	68-1003	¥2,940-		
ジグ(技工操作用・14個入りパック)	300-SJ	¥2,940-		

合計金額: ¥

## 3. 各社ラボと提携しております。ラボをご希望の先生は下記にチェックをお願いいたします。

ラボを希望する

備考

送信先 FAX 番号 : 082-209-0788 8870-602-280 : 082-209-0788