Orthofile Family (オーソファイル ファミリー) 注文書

送信先 FAX 番号：082-209-0788

ご注文年月日：　西暦　　年　　月　　日

必ずご記入ください。

(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

製品のお届け先（ご発注者と異なる場合はご記入下さい。）

(ふりがな)
送付先名 ：

(ふりがな)
ご担当者名 ：　　TEL　：

住　　所：〒

ご注文内容（下記の「セット数」の欄にご記入下さい。）

新商品（消耗品は3本入りのセットのみになります。）

種　類	品　番	規　格	販売価格（税込み）	セット数	金　額
Orthofile 両面タイプ	OC-150	150㎛	￥9,450-		
Orthofile 両面タイプ	OC-125	125㎛	￥9,450-		
PolyBee	PB-40	40㎛	￥9,450-		
PolyBee	PB-25	25㎛	￥9,450-		
PolyBee	PB-15	15㎛	￥9,450-		
OrthoCut	OFK	―	￥14,175-		
Wedge	L / M / S いずれかのサイズに○をつけて下さい	各100個入り	各サイズ ￥9,975-		
Flose Wedge	―	64個入り	￥8,925-		
Orthofile ゲージ	SDC-IPG11	11種類のゲージ	￥15,750-		

合計金額：￥

＜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、ご記入漏ればないかご確認の上 FAX を送信頂きますようよろしくお願いいたします。

＜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

＜お　申　込　先＞

〒730-0016
広島県広島市中区幟町 13-23　3F
（株） フォレストワン
オーソファイル ファミリー係

＜お 問 い 合 わ せ 先＞

（株）フォレストワン
オーソファイル ファミリー係
〒730-0016
広島県広島市中区幟町 13-23　3F

TEL：082-209-0778
FAX：082-209-0788

送信先 FAX 番号：082-209-0788