



Orthofile (オーソファイル) 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。

ご注文年月日: 西暦 年 月 日

必ず記入ください。

(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

<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

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: 〒

<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

オーソファイル係

<お問い合わせ先>

(株) フォレストワン

オーソファイル係

〒730-0016

広島県広島市中区鞆町 13-23 3F

TEL : 082-209-0778

FAX : 082-209-0788

ご注文内容(下記の「セット数」の欄にご記入下さい。)

種類	品番	規格	販売価格(税込み)	セット数	金額
スターターセット	OCS-5	各サイズ1本入り (5種類)	¥15,750-		
補充用セット		各セット3本入り			
両面タイプ	OC-90	90 μm	¥9,450-		
両面タイプ	OC-60	60 μm	¥9,450-		
両面タイプ	OC-40	40 μm	¥9,450-		
両面タイプ	OC-25	25 μm	¥9,450-		
両面タイプ	OC-15	15 μm	¥9,450-		

片面コーティング (3本入りのセットのみになります。)

各サイズ 右面コーティング、左面コーティングがございます、ご希望サイズの右面、左面を○で囲ってください。

片面タイプ	左面 / 右面	90 μm	¥9,450-		
片面タイプ	左面 / 右面	60 μm	¥9,450-		
片面タイプ	左面 / 右面	40 μm	¥9,450-		
片面タイプ	左面 / 右面	25 μm	¥9,450-		
片面タイプ	左面 / 右面	15 μm	¥9,450-		

合計金額: ¥

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