



FAX 03-3833-3989

## オロリンマルチセプトプラス・SUN402直送注文書

発注日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴社名 \_\_\_\_\_

ご担当者様 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

製品名	
<input type="checkbox"/>	オロリンマルチセプトプラス2L
<input type="checkbox"/>	サンセプト インstrument エンザイム SUN402 2.5L
数量	
<input type="checkbox"/>	8本
<input type="checkbox"/>	16本
<input type="checkbox"/>	24本
<input type="checkbox"/>	32本
<input type="checkbox"/>	40本
直送先	
〒	_____
住所	_____
直送先	_____
電話番号	_____
備考欄	

※販売店様は専用注文書と直送先（販売店様）の毒物劇物一般販売業の登録票の控え（コピー）をその都度添えてFAX下さい。

※出荷は8の倍数本（同一製品）となります。

製品名、数量に☑をつけてください。

※午前11時までの注文については当日佐川便にて出荷致します。

11時以降の注文については翌営業日の出荷として対応致します。

時間指定はご対応できかねます。



佐藤歯材株式会社  
Satoh Dental Material CO.,LTD

東京都台東区東上野1-15-3

TEL 03-3833-3986