

口腔機能向上プログラムテキストブック発注申込書

会社名（団体名）	様
お名前	様
ご住所	〒
TEL	
FAX	
注文冊数	冊

- ◆ 支払方法： 648 円（税込）／冊
10 冊以上の注文から承ります。
現金書留にてご送金下さい。
送料は着払いにてお届けします。

- ◆ 領収書： 要 不要 （どちらかにをして下さい）

- ◆ 領収書宛先： 団体名：
お名前：

- ◆ 送り先： 〒170-0013
東京都豊島区東池袋 1-20-9 池袋保健所 6 階
あぜりあ歯科診療所
FAX:03-3987-2378

- ◆ 発送： 現金書留が到着次第発送致します。