

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： 660 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 4 - 4 2 - 1 6 池袋保健所 1 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。