

# 医道の日本社 通信販売 FAXご注文書

## FAX.046-865-2707

ご注文日： 年 月 日

住所変更された方、初めてご注文される方は□に✓をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 住所変更(旧住所・電話番号を通信欄にご記入ください。) <input type="checkbox"/> 初めてのご注文	
ふりがな	ふりがな
ご登録名(治療院名など)	ご担当者名(フルネームでご記入下さい)
ご住所〒	
固定電話 ※お電話番号は必ずご記入下さい。	FAX
( ) -	( ) -
携帯電話 ( )	-
E-mail @	

お持ちの資格・・・□に✓印をご記入ください。(複数可)
<input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> あま指師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> エステティシャン <input type="checkbox"/> トレーナー <input type="checkbox"/> カイロプラクター <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> アロマ・リフレ <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )

No.	商品番号	品名(サイズ・カラー等)	数量	単価
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円
11				円
12				円

<通信欄>	※FAX枚数
	<input type="checkbox"/> 枚中 <input type="checkbox"/> 枚目

※1回のご注文で2枚以上送信される方は、通し枚数を必ずご記入下さい。

1回のご注文で、税込1万円未満のお買い上げの場合は、300円(税込・全国一律・一部商品を除く)の荷造り送料をご負担いただきます。