

# F A X注文書

送信年月日 年 月 日

送信先 伊藤鍼灸医療機器製作所  
**イトウメディカル**

行  
様

伊藤鍼灸医療機器製作所

**イトウメディカル**

TEL <058> 266-4598

FAX <058> 266-7060

http://itohari.com/

mail:ito.hari@tiara.ocn.ne.jp

治療院名  
(ご氏名) \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

品名	(品番)	数量	単価	金額

お支払方法 代引・郵便振替

送料 (税抜価格) 10,000円未満 950円  
10,000円以上 当社負担

5,000円未満の代引の  
場合は 別途300円の  
手数料が掛かります。

通信欄

(休診日配達を避けられる場合、休診日をお知らせください。)

.....

.....

.....