ウエルシー製薬株式会社行き

ＦＡＸ注文書 (078-336-3606)

Wellsee Pharmaceutical

年　　月　　日

貴店名：

住　　所：〒

担当者名：

電話番号：　　ＦＡＸ:

メールアドレス：

届先名：□ 注文者に同じ

届け先住所：〒□ 注文者に同じ

担当者名：

電話番号：□ 注文者に同じ　　ＦＡＸ:□ 注文者に同じ

配達希望日時：

お支払い方法：□ 銀行振り込み（出荷後請求書をお送りします）振込手数料ご負担ください

品　　名	サイズ	単価	注文数