

【 F A X 発 注 書 】

宛先：東和薬品宮城販売株式会社 FAX 0120-727-139 (担当)

※印の部分のみご記入ください。

※平成 年 月 日 (曜日)

※お客さま名					備考欄	
※ご住所						
※お電話番号						
No.	(商品コード)	※商品名	※包装単位	※数量	(単価)	(金額)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
(弊社使用欄) 直送 (即日、翌日) 止 ()				(合計)		

《FAXによるご注文は原則として翌日以降の配達となります。お急ぎの場合は備考欄にその旨をご記入ください。お問い合わせ TEL 0120-721-139》