

送信日 /

F A X 注文書

ほしの歯科医院

TEL : 0 1 8 2 - 3 2 - 2 3 4 4

FAX : 0 1 8 2 - 3 2 - 2 3 4 4

お名前 _____ 様

〒
ご住所 _____

TEL : _____

	注 文 数	単 価	合 計
マルケン歯ブラシ	本	450円(税込)	
ブレスクラブ	個	972円(税込)	

その他通信欄

※ 在庫が無い場合、少しお時間をいただく場合もございます。