# 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。

□ 住所変更（旧住所・電話番号を通信欄にご記入ください。）　□ 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）

□ 鍼灸師　□ あマ指師　□ 柔道整復師　□ 医師　□ 薬剤師　□ 歯科医師　□ 看護師　□ ケアマネジャー
□ 理学療法士　□ エステティシャン　□ トレーナー　□ カイロプラクター　□ 整体師　□ アロマ・リフレ　□ 学生
□ 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

□ 枚中 □ 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、583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。