



FAX送信方向

# Alphatite Implant FAXオーダーシート

**FAX** 03-5155-2598

ご注文日 年 月 日

オーダーシートで記入の際は必ず**黒ペン**でのご記入をお願いします。

### 【ご依頼者様情報】

ご診療所名または技工所名:

ご住所: 〒

都道府県

---

電話番号:

FAX番号:

### 【お届け先情報】

※ご依頼者様とお届け先が異なる場合には必ずご記入ください。

ご診療所名または技工所名:

ご住所: 〒

都道府県

---

電話番号:

FAX番号:

◆個人情報の利用目的について◆  
当社は、本書にご記入いただいたお客様の個人情報を、ご注文の確認・製品発送・ご請求問合せ、次回ご注文時の配送先、カタログ・製品のご案内を目的として収集しております。収集目的にご同意の上、ご注文をお願いいたします。  
ご不明な点は当社までご連絡ください。

### 【製品お届けご希望日】

※日曜、祝祭日にお届けご希望の場合は必ずご記入ください。

お届けご希望日	月	日	ご使用予定日	月	日
<p>【発送のご案内】 平日17:00までのご注文 → 当日発送          平日17:00以降のご注文 → 翌日発送          日曜・祝祭日・当社休業日のご注文 → 翌営業日発送</p> <p>※お急ぎの際はFAX送信後にお電話でご連絡ください。 (電話番号:03-5155-2596)</p>					

### 【配達ご希望時間帯】

配達ご希望時間帯をお選びください。

午前中  14時～16時  16時～18時  18時～20時  タイムサービス(午前10時・有料※)

※タイムサービスには別途タイムサービス料金(300円～)がかかりますので、予めご了承ください。  
ご注文頂いた時間、お届け先の地域により対応致しかねる場合もございますので、お手数ですが、当社までご確認ください。

### 【ご注文内容】

※ご購入金額 8,000円(税別)未満の場合には、別途送料800円(税別)がかかりますので、予めご了承ください。

品名	個数	備考
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

お問い合わせ、ご質問等、ご自由にご記入ください。

#### ※弊社記入欄

ご注文を頂きまして、誠にありがとうございます。発送日、到着予定日は下記の通りでございます。社員一同、またのご利用をお待ちしております。

ご注文を頂きました製品の発送日 月 日	➔	お届け日 月 日 の予定でございます。	受付印 <input type="text"/>
------------------------	---	---------------------------	-----------------------------

ケンテック株式会社  
お問い合わせ電話番号  
03-5155-2596

**FAX : 03-5155-2598**