

FAX番号: 010-1-949-751-1550

* 初めて医薬品をご購入される方は、歯科医師免許のコピーをこの注文用紙と合わせてお送りください。

フリガナ			過去に歯科ショップ.comにてご注文されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
氏名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
* Eメール			
生年月日			歯科ショップ.comからのメールマガジンを購読しない <input type="checkbox"/>

* ご注文の確認書や発送のご連絡は、ご記入頂きましたメールアドレスに送信させていただきますのでご確認の程宜しくお願い致します。

歯科医院名	* 医薬品をご注文する 場合に必要。
-------	-----------------------

品番	商品名	単価	数量	金額
(ご請求額にはこの合計に送料が加算されます。)			合計	

割引クーポンコード	* ご存知の方はご記入ください。
-----------	------------------

お支払い方法	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 海外送金	* 海外送金をご希望の場合、 info@shikashop.comへ事前にご連絡ください。
	カード情報	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> AMEX カード番号: _____ カード名義: _____ (ローマ字) 有効期限: ____ / ____ (月 / 年) セキュリティコード: _____ * VISA/MASTERではカード裏面のご著名欄の右上部の3桁数字、 AMEXでは表面のカード番号の右側にある4桁の数字。 サイン: _____

歯科ショップ.comをどのようにしてお知りになりましたか？
(記入例: グーグル、ツイッター、ブログ広告、〇〇様からの紹介、など)

ご質問、ご要望など:

