



CooperSurgical®

クーパーサージカル・ジャパン株式会社 行

FAX : 045-319-6581

TEL : 045-319-6826

発注日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴社注文番号 _____

F A X 注 文 書

ご施設名 : _____

ご住所 : _____

F A X : _____

T E L : _____

ご担当者名 : _____

商 品 名	Cat.No.	数量	備 考
ご希望の商品到着日がある場合はご記入願います。			商品到着希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

※当日出荷ご希望のご注文締切りは、**午後3時迄**とさせていただきます。
 それ以降のご注文は当社翌営業日の出荷となりますので、お早めにご注文願います。
 また、土、日、祝祭日は当社休業日となっておりますので、ご了承下さい。