

BICON DENTAL IMPLANT SYSTEM

FAX専用オーダー用紙

ご送信年月日：平成 年 月 日 ()

貴医院名： _____ 様

ご担当者： _____ 様

TEL： _____ FAX： _____

ご住所： 〒 _____

パ ー ツ N o .	製 品 名	個 数
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		
260- -		

連絡事項：(納品先、ご配達日時指定等ご希望がございました場合はご記入下さい。)

- ※ 17時以降のご注文は翌日の発送とさせていただきます。
- ※ 返品・交換の際は弊社までご一報下さい。

ご注文は FAX 専用フリーダイヤル FAX0120-418-117 (24 時間受付) をご利用下さい。

バイコンジャパン株式会社
Tel:0120-8150-62 Fax:0120-418-117
web:www.bicon.co.jp e-mail: info@bicon.co.jp