

サイド・インサイド株式会社 宛て

F A X 050-3730-4341

令和 年 月 日

ご注文書

下記の商品をご注文致します。(ご注文の品名の、数量をお書込みください。)

品名	色	価格(税別)	数量
インスリン自己注入器針着脱補助具「山丸」	透明	1,500	
インスリン自己注入器針着脱補助具「山丸」	青	1,500	
インスリン自己注入器針着脱補助具「山丸」	ピンク	1,500	
インスリン自己注入器針着脱補助具「山丸」	オレンジ	1,500	
シリコーントルサー ノーマル 7050	白	3,000	
シリコーントルサー ソフト1 7040	青	3,000	
シリコーントルサー ソフト2 7030	オレンジ	3,500	
シリコーントルサー ソフト3 7020	ピンク	3,500	

お名前

送付先住所 (〒)

お電話番号

商品代金には消費税 10%が別途かかります。また、送料 1,200 円(全国一律)がかかります。
御請求書を同封いたします。商品到着後 5 日以内にお振込みください。