



ウルトラデント社製品 オーダーシート



ご注文日	年	月	日
------	---	---	---

FAX番号 : 0120-58-3400

お届け先 (必ずご記入ください。)			
郵便番号	〒		
ご住所	フリガナ		
貴医院名	フリガナ	ご担当者名	フリガナ
電話番号		FAX番号	

No	商品コード	商品名	数量	単価	金額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

ADS 株式会社 アスカデンタルサプライ
 〒630-8442
 奈良県奈良市北永井町372番地 奈良事務機別館
 TEL : 0742-61-6480 FAX : 0742-61-6481
 URL : <http://www.asuka-dental.co.jp>

小計	
消費税	
送料 (税込)	
代引手数料(税込)	
合計	