

株式会社 保健同人社
営業部 行

〒102-8155 東京都千代田区一番町4番地4

東京本社 TEL 03-3234-8005 関西支局 TEL 06-6226-0100

名古屋支局 TEL 052-951-9165 福岡支局 TEL 092-271-8120

■本社・各支社FAX番号

本社 **03-3234-6805**

関西支局 **06-6233-3430**

名古屋支局 **052-951-9166**

福岡支局 **092-271-8119**

F A X 注 文 書

年 月 日

貴殿名	ご請求書宛名(左記と異なる場合のみ)
ご担当部署・ご担当者名	TEL
	内線 ()
	FAX
ご住所 〒 -	

下記のとおり、注文します。

商品No.	商品名	刷 込	数 量	単 価	総 額	備 考
		有・無				
		有・無				
		有・無				
		有・無				
		有・無				
お刷込名						

希望納品日 年 月 日

◆お刷込=1000部以上は無料で申し受けます。

◆送 料=1000部以上は無料で申し受けます。

見積・請求書への送料表記 { 単価込み・明記 } で。(いずれかに○をつけてください。下記見積依頼も同様)

備考：
.....
.....
.....

下記に関する { 資料・見本・見積 } を請求します。(いずれかに○をつけてください)

商品No.	商品名	刷 込	数 量	備 考
		有・無		
		有・無		
		有・無		

記	入	出	発	その他
---	---	---	---	-----