

ニチビのお薬手帳 FAX ご注文書

各項目へご記入の上、FAXにてお送りください。後ほどこちらからご担当者様宛にご連絡させていただきます。

平成 年 月 日

① 下記欄に 配送先・請求先 をご記入下さい。

※上の「配送先・請求先」、両方又はどちらか該当するものに○をして下さい。

会社名／薬局名	
ご住所	〒
ご担当者様 お名前	様
電話番号	
FAX 番号	
備考	

② 配送先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

〒
電話番号() -

③ 数量をご記入ください。※箱単位でご注文をお願いします。

イエロー	500冊入／箱	箱 計 00冊
ピンク	500冊入／箱	箱 計 00冊
ブルー	500冊入／箱	箱 計 00冊
おくすり柄セット	4種×各125冊 計500冊入／箱	箱 計 00冊
レトロ柄セット	4種×各125冊 計500冊入／箱	箱 計 00冊

FAX 送信先: 0584-75-3507

ご注文やお問い合わせ、サンプルのご希望は下記まで 【受付時間: 平日午前9時～午後5時】

NAP NIHON ART PRINTING CO., LTD.
ニホン美術印刷株式会社

本 社 〒503-0908 大垣市西外側町2丁目15番地
TEL (0584) 78-2171(代) FAX (0584) 75-3507

担当: 富田、多賀