株式会社 吉田印刷所 FAX 0250-43-2759

おくすり手帳・カバー注文書

顧客コード

貴社名（フリガナ）	ご担当者（フリガナ）　様
TEL	FAX
ご住所　〒　　－	
ご送付先　〒　　－　同上	宛名（フリガナ）　様

お薬手帳　100 冊よりご注文を承ります。

こども用（　　冊）　おとな用（　　冊）

お薬手帳カバー　30 枚よりご注文を承ります。

２つ折タイプ（　　枚）　３つ折タイプ（　　枚）

□次回からインターネットでオンライン注文する。 （オンライン登録のご案内をいたします）	オンライン注文用　登録メールアドレス @　　）

お支払方法　※○印をお付けください。

1. 郵便振替　**2. 銀行振込**（振込手数料別途）　**3. 口座振替**（登録済みのお客様のみ）　**4. 代金引換**（代引手数料別途）　**5. クレジットカード**（事前決済）

1 週間前後のお届けになります。（但し、土・日・祝日は除く）
（受注状況により商品が品薄の場合は発送にお時間を頂く場合がございます）

通信欄

◆初めてのご注文の方へ

当社を何でお知りになりましたか？	インターネットの検索（Yahoo!・Google）　・　DM　・　紹介　・　その他（　　）

株式会社 吉田印刷所　〒959-1852　新潟県五泉市荻曽根 179
電話 0250-42-5009　FAX0250-43-2759