**＜ヤマギシFAXサービス＞下記番号にFAXお願い致します。**
**デンタルクイックサービス**

　　　　　　　　　　　　　　　（お客様御問合わせ用）

下記商品を　注文します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| メーカー | 品　　　　名 | 数量 | 人数・形態・シェード（色）等 | 備　　　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ＜備 考＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 送信日　　令和　　　年　　　月　　　日 |  | 地区町村名 |  |  |  |
| 御芳名　　　　　　　　　　　　　　　様 |  | TEL |  |
| ヤマギシ担当　　　　　　　　　　　　　　　　に渡して下さい。 | **FAX 0120-525482** |

Copyright © YAMAGISHI Dental Supply. All rights reserved.