

F A X 注文用紙

年 月 日

寿薬品株式会社 行

(ご注文) : FAX:011-774-7789

TEL : 011-774-7788

医療機関名			
ご発注者様			
お届け先住所	〒 -		
電話番号		F A X	
備考			

[illegible]