

シャープニング申込書

注文年月日	年	月	日
お客様番号		-	

ご請求先

名称

ご住所 〒

TEL

FAX

お届け先(ご請求先と異なる場合にのみご記入ください。)

名称

ご住所 〒

TEL

FAX

Line	サービスコード	器具メーカー	型番	本数	@サービス料	小計
1	-					
2	-					
3	-					
4	-					
5	-					
6	-					
7	-					
8	-					
9	-					
10	-					

1回のご注文金額が**4,800円未満(税別)**の場合は荷造送料として**500円(税別)**を加算してください。

荷造送料

合計

別途消費税が加算されます。

[お申し込み方法]

- 申込書に必要事項をご記入ください。
 - 記載のないインストゥルメントに関しましては、カスタマ・サービスデスク ☎0120-004-502までお問い合わせください。
 - 器具メーカー名、型番がわからない場合でも、空欄のままお申し込みいただけます。
- ご希望の器具を準備してください。
 - 器具は必ず洗浄・滅菌の上、滅菌パックに入れた状態でお送りください。
 - 搬送途中に器具を傷めることがないよう、梱包材などで保護してください。
- 申込書(またはコピー)と器具と一緒に、下記の宛て先までお送りください。

送り先: 〒231-0813 横浜市中区かもめ町7-1
フィード横浜流通センター「シャープニング・サービス」係宛

[お届け日] お申し込み後、約1カ月でお届けいたします。

[お支払い方法] ○をご記入ください。

預金口座振替の手続きが完了している場合は口座振替以外でのお支払いはできませんので○印は不要です。

<input type="checkbox"/>	郵便局/コンビニからの振込み
<input type="checkbox"/>	宅配代引き

- 空欄の場合は前回と同様とさせていただきます。
- 初めてのご注文で空欄の場合は郵便局/コンビニ振り込み用紙をお送りします。

ご通信欄



フィード株式会社

〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワーB 19階

カスタマ・サービスデスク

- 電話番号はおかけ間違いのないようお願いいたします。

TEL ☎0120-004-502

月曜～金曜 9:00～19:00 土曜 9:00～17:00

FAX ☎0120-004-506

24時間受付

e-mail:dental@feed.jp