

※こちらの用紙を歯科医院様でコピーしてご使用ください※

患者様直送 記入用紙

本企画は【**歯科医院様が申込み専用フォーム**】よりお申込みください。

患者様のご自宅へ製品を直送いたします。下記【送付先・ご注文者（患者様）】を患者様にてご記入頂くようお願いいたします。

	患者様 ご自宅直送 特別注文	実施期間：24年11月1日(金)～30日(土)
モンダミン ハビットプロ1080mL (12本入り) ×1箱 ※送料込		

【お申込みの患者様情報・送付先】

お名前		TEL	
送付先	〒		

※ご注文や配送について、歯科医院よりご連絡をさせていただく場合がございます。

※ご注文は、1住所1箱までとなり、到着日は指定できかねます。

備考欄

--

【注意事項】

※こちらは医院様からのご注文のみ受け付けております。患者様から直接ご注文はできませんのでご了承ください。

※こちらの患者様控えは歯科医院でのお支払いと引き換えになります。紛失されても再発行はいたしませんのでご了承ください。

※患者様指定の送付先に、ヤマト運輸の宅急便にて配達されます。配達完了までは約1週間程度です。

※ご注文後の注文キャンセル、送付先の変更はできませんのでご了承ください。

※製品が届かないなど不明点がございましたら、ご注文いただいた医院様にお問い合わせください。

キリトリ線より上は患者様へお渡しせず、医院様にて保管ください。

下部控えを患者様へお渡し後、

歯科医院様は申込み専用フォームよりお申込みください。

キリトリ線

モンダミン ハビットプロ1080mL (12本入り) 1箱	月	日
_____円	医院名	
	料金領収済	印

【注意事項】

※こちらは医院様からのご注文のみ受け付けております。患者様から直接ご注文はできませんのでご了承ください。

※こちらの患者様控えは歯科医院でのお支払いと引き換えになります。紛失されても再発行はいたしませんのでご了承ください。

※患者様指定の送付先に、ヤマト運輸の宅急便にて配達されます。配達完了までは約1週間程度です。

※ご注文後の注文キャンセル、送付先の変更はできませんのでご了承ください。

※製品が届かないなど不明点がございましたら、ご注文いただいた医院様にお問い合わせください。

〈患者様控え〉