

FAX注文書

下記の太枠内をご記入の上
FAXにて送信してください。



025-243-3401

注文日

(西暦) 20 年 月 日

注文内容

CD種類		CDケース種類		枚数 / 価格		個数
<input checked="" type="checkbox"/>	①診療レセプト請求用 医院名印刷あり	<input checked="" type="checkbox"/>	厚紙ケース	<input checked="" type="checkbox"/>	25枚 / 6,000円 (税別) *医院名印刷なし 5,000円	個
<input checked="" type="checkbox"/>	②診療レセプト請求用 医院名印刷なし	<input checked="" type="checkbox"/>	プラスチック ケース	<input checked="" type="checkbox"/>	50枚 / 10,000円 (税別) *医院名印刷なし 8,000円	個
<input checked="" type="checkbox"/>	③介護保険請求用 医院名印刷あり	<input checked="" type="checkbox"/>	ケース不要	【組み合わせ】 ① 枚 ② 枚 ③ 枚		

*ケース不要の場合は、25枚は-500円、50枚は-1,000円のお値引とします。

*ご希望の商品に✓チェックを付けて、個数をご記入ください。

お客様情報

事業所番号 (10桁) 介護保険請求用で使用	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
医療機関コード (7桁)	1	2	3	4	5	6	7				
フリガナ											
保険医療機関名称											
住所	〒 -										
電話番号	- -				FAX番号			- -			
ご希望納品日	特になし			西暦		年		月		日 到着希望	

【ご注意】

*お使いのレセコンがCD-R対応済みかどうかご確認ください。

*納品時期はご注文請日より1週間程かかります。お急ぎの場合はご相談ください。

*提出の際に診療年月や提出年月日等をフェルトペンでご記入ください。

*当商品の返品はお受けできませんので、予めご了承ください。

*ご記入いただきました情報は、医院様の同意なしに第三者に開示、提供することはございません。また取扱商品のご案内、発送、アフターサービス、新商品に関する情報のお知らせ、請求業務以外に利用することはございません。