

電話番号	FAX番号	注文書記入日	ご使用予定日
※FAXをお持ちの場合は必ずご記入ください。			
診療所名	ご芳名		
ご住所 〒	都道	市区	
	府県	郡	
メールアドレス*	@	ご記載いただいたメールアドレスは弊社から製品情報などを配信いたします。ご不要な際は□に✓をお入れください。	

※メールアドレスはPC用のアドレスをご記入ください。携帯電話のアドレスはご遠慮ください。ご記載いただいた個人情報については、弊社の商品情報、講習会等のご案内ならびにご注文の商品発送に利用させていただきます。弊社の個人情報方針の詳細は、インプラテックスのホームページをご参照ください。http://www.itx.co.jp/

商品コード	商品名	注文数	金額 ※お問い合わせ下さい。
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			

備考

- ご注文方法**
ご注文は、この用紙をプリントし必要事項をご記入のうえ、(株)インプラテックス指定の特約店までお願いいたします。
- 製品の発送**
ご注文いただきました商品は宅配便にて発送いたします。
- 製品の返品・交換について**
返品は、お買い上げ製品がご注文の品と異なる場合、または破損や汚損している場合に限り、お受けいたします。その際は、お電話にてご連絡ください。製品の返品は、製品到着後14日以内とさせていただきます。(製品が未開封、パッケージに損傷の無い物に限ります)
※製品は到着後、ご注文の品と一致しているか、破損等がないかなど速やかにご確認をお願いいたします。
- 配達料**
送料は基本的に負担させていただきますが、1回のご注文が10,000円未満(税別)の場合は送料をご負担いただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。タイム便・超速便については別途料金が必要となります。
※商品の規格・仕様・価格等は予告なく変更する場合がございます。