

臨床検査CD-ROM注文書

私は下記の商品を注文します。 ※ご希望の商品に☑を入れ、枚数をご記入ください

商品名	金額	数量
<input type="checkbox"/> アトラスCD-ROM 尿沈渣NAVI	¥ 6, 300	枚
<input type="checkbox"/> 尿沈渣CD-ROM(上皮細胞編)	¥ 8, 190	枚

※金額は、全て税込みとなっております。
※送料・手数料として別途¥700が必要です。

お申し込み日 平成 年 月 日

ご送付先	ご希望に○を入れてください 勤務先 ・ 自宅	お支払い方法	代金引換のみ	
お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女	
ご住所	フリガナ 〒			
TEL	() —	FAX	() —	
E-mail				
勤務先	フリガナ 【学科名】			

- 【ご注文方法】** 必要事項をご記入の上、FAXでお申し込みください。尚、お電話でのお申し込みはお受けできませんのでご了承ください。
- 【お支払い方法】** 郵便代金引換のみとなっております。銀行振込によるお支払いはお受け出来ませんのでご了承ください。
代金引換：郵便配達員によって配達されます。その際、代金を配達員にお支払いください。**発注後、通常1週間以内にお届けしますので、代金をご用意ください。**

個人情報に関するお取扱いについて

ご記入頂きましたお客様の情報は商品並びに発送のご連絡の目的で使用しますが、弊社関係会社および協力会社に必要な情報を委託する場合がございます。また今後、①新商品およびサービスのご提供 ②展示会、セミナー等開催のご案内 ③商品等に関するアンケート調査のご協力依頼、などを送付する場合がございます。

送付してもよろしいですか？(お手数ですがチェックマークをお入れください)

はい いいえ

ご記入頂きましたお客様の情報は、適切な方法で厳重に管理致します。お客様の情報のご照会・修正等につきましては弊社までお問い合わせください。