ご注文されるお客さまは、
このシートにご記入ください

FAXオーダーシート

FAX
こちらの方向にお送りください

三井薬品株式会社行

インターネット Direct
OTC専用 ご注文専用

※の項目は必ずご記入下さい。

※ お申込日	平成　年　月　日（　）	※ ご担当者	
※ TEL	ー　ー	※ FAX	ー　ー
※ 住所	ふりがな 〒　都道府県		
※ 薬局名または貴社名	社判の場合も、こちらに押印してください。 ㊞	お支払い方法は商品到着時、代金引換です どちらかお選びください（✓印をご記入ください）▶ □ ①代金引換 □ ②デビットカード利用	
		※ 販売許可の種別	取得されている医薬品販売許可を○で囲んで下さい。 ① 薬局　④ 特例販売業 ② 一般販売業　⑤ 薬種商・登録販売者 ③ 卸売一般販売業　⑥ その他

	商品番号	商品名	規格	注文数	単価	当社記入欄（コンピュータによる処理をしますので記入しないで下さい。）	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

ご意見・ご要望等ございましたら、下記にご記入ください。

http://www.mdirect.co.jp

三井薬品株式会社

※ご注文欄が足りない場合はこの用紙をコピーしてご利用下さい。

Direct OTC商品ご注文専用
お買上げありがとうございます。

FAXフリーダイヤル ▶▶ 0120-157-321