

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

インターネット

Direct

医療用医薬品ご注文専用

三井薬品株式会社行

令和

年

月

日

お客さまご登録欄 (必ずご記入ください)

貴社名 または 薬局名	ふりがな
代表者名	ふりがな
仕入れ 担当者名	ふりがな
住 所	ふりがな
	〒 都 道 府 県
	ふりがな
T E L	— —
F A X	— —

※デビットカードについてはカタログをよくお読みください

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

上記の内容に基づき三井薬品株式会社取引を申込みます。

平成 年 月 日

貴社名
または
薬局名
代表者名

印

※必ず代表者印の押印をお願いいたします。

【ご注文商品記入欄】 ※商品番号は左から詰めてご記入ください。

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 記入しないでください。
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

下記アンケートにご協力をお願いいたします (該当するものに○をおつけください)

① 現在お取扱いの商品カテゴリーについて ※複数選択可

・医療用医薬品 ・一般向医薬品
・化粧品 ・健康食品

② 今後、定期的に郵送による特価価格表のご案内をお送りしてもよろしいですか？

・FAXで希望する ・郵送で希望する

③ FAXにて週1～2回のスポット特価情報をお送りしてもよろしいですか？

・希望する ・希望しない

<http://www.mdirect.co.jp>



三井薬品株式会社

ご協力ありがとうございます。



医療用医薬品ご注文専用
お買上げありがとうございます。

FAXフリーダイヤル ▶

0120-2000-16

※ご注文欄が足りない場合はこの用紙を予めコピーしてご利用ください。