

ご注文日	年 月 日	ご注文冊数	00冊	オプションなしの場合、50冊でのご注文も承ります。
所属会・支部 / 会員番号	会	支部	番	
フリガナ				
お申込み者お名前				
社名 / ラボ名				
お申込み者ご住所 (発送先)	〒	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先				
お申込み者お電話番号	TEL	FAX		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先				
携帯電話				
メールアドレス				

(お申込み内容を電話又は確認メール・FAXにて送信させていただいております。)

本体価格(税抜) 100冊(3枚×50セット綴り)
都技会員 共同購入 31,000円 (50冊 / 18,600円)
都技会員 通常 55,000円 (50冊 / 33,000円)
非会員 65,000円 (50冊 / 39,000円)

※次回共同購入は、下記までお問い合わせ下さい。

送料(税抜) 50冊・100冊 450円

オプション(税抜) 100冊単位

名入れ + **7,000円**

カスタマイズ + **15,000円**~(名入れ込み)

名入れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	カスタマイズ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ご連絡後、詳細を頂いてデザイン致します)
【名入れありの場合のみご記入ください】 (印刷一例)	ラボ名 <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合、カッコ内に記入 () 住所 <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合、カッコ内に記入 () TEL <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合、カッコ内に記入 () FAX <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合、カッコ内に記入 () E-mail <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合、カッコ内に記入 ()
委託歯科技工所 ダーツデンタルラボ 住所 東京都千代田区三崎町3-10-5 第2原島ビル401 TEL 03-3556-8227 FAX 03-3556-8022 E-mail 00000@darts-field.co.jp	
1枚目、歯科医院控えに印刷されます。	

【ご注文・お問い合わせ先】
 株式会社 ダーツフィールド 担当:矢田
 東京都千代田区三崎町3-10-5 第二原島ビル401
tel.03-3556-8227

弊社記入欄	受付担当者	受注日
納品予定日	入金確認日	納品確認日

※お預かりしたお客様情報は技工指示書の作成以外に使用する事はありません。また、お客様情報を適正に管理することを、企業経営上の最重要事項とし全社員が必須徹底を図り、社会的使命として個人情報保護方針を定め、これを遵守いたします。