

# リフレイン待合室注文書

年月日	
歯科医院名	
先生のお名前	
ご住所 1	
ご住所 2	
TEL	
FAX	
Mail	

・ 提供媒体(チェックをいれてください)

 SDカード DVD

・ 選択症例 ( 御入り用でしたらチェックをいれてください )

<input type="checkbox"/>	インプラント(2症例)	<input type="checkbox"/>	レーザー治療(2症例)	<input type="checkbox"/>	口臭治療(2症例)
<input type="checkbox"/>	ホワイトニング(2症例)	<input type="checkbox"/>	ノンクラスプデンチャー (2症例)	<input type="checkbox"/>	親知らず(2症例)
<input type="checkbox"/>	ラミネートベニア(1症例)				

【コメント】 医院紹介の原稿は別紙でお願いします。 医院紹介ご希望

 する しない

◆ 上記「リフレイン待合室」を注文いたします

数量 1 本

金額 29,800円(税別)

注文先 日紅シンキング株式会社

〒 東大阪市西堤本通東1-1-1 大発ビル 507号

TEL:06-6789-2661 FAX:06-6789-2662

E-Mail : support@nikkoh-net.co.jp