

リフレイン症例集注文書

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	

【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 38,000円(税別)

◆ コンテンツの申込用紙は後日送付させていただきます。

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