

# パネルシアター注文書

当てはまる項目に☑し、必要事項をご記入ください

タイトル		価格(税抜) 会員価格は東京都歯科衛生士会 会員のみが該当 します	注文数	小計
<input type="checkbox"/>	①ビーバー村はおおさわぎ	会員	7,000円	個 円
<input type="checkbox"/>		非会員	9,000円	個 円
<input type="checkbox"/>	②はじめまして	会員	7,000円	個 円
<input type="checkbox"/>		非会員	9,000円	個 円
<input type="checkbox"/>	③ポンタ危機一髪	会員	8,000円	個 円
<input type="checkbox"/>		非会員	10,000円	個 円
①合計				円
②消費税 (10%)				円
総計 (①+②)				円

氏名	会員番号(東京都歯科衛生士会会員の方のみ)
住所 〒	
電話番号	
メールアドレス	
備考	

\*送料は着払いです

FAX注文確認後、払い込み番号等をメールにて連絡いたします。  
10日経っても届かない場合は、ご連絡お願いいたします。

2024.12～