



1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50				

〈ご希望商品〉

お申し込み日 年 月 日

商品番号	個	商品名	点数
合計点数			点

▼必ずご記入下さい。

※貴歯科医院の〈Lサポ〉ログインID・住所・医院名・電話番号が無いものは無効となります。ログインIDをお忘れの場合は、Lサポサイトの登録医院限定ページログイン画面の「ログインできない方」をご参照ください。

●〈Lサポ〉ログインID

●貴歯科医院ご住所

〒□□□-□□□□

都道
府県

●貴歯科医院名

●ご担当者名

●貴歯科医院TEL. 市外局番

()

-

●お取り引き歯科用品商様名

歯科用品商様にお届けの場合のみご記入ください。

●歯科用品商様ご住所

〒□□□-□□□□

都道
府県

●歯科用品商様名

●ご担当者名

●歯科用品商様TEL. 市外局番

()

-

歯科医院様の認印をお願いいたします。

※認印の無い場合は、歯科医院様へ直送いたします。