

純正トナー専用注文書

お申込先

高松市医師協同組合

FAX:087-812-1867

メーカー名	商品名	商品コード	個数
			個
			個
			個
			個
			個

※合計金額¥2,000-以上で送料無料です(沖縄、離島を除く)

※沖縄、離島は¥1,500-の送料がかかります

お見積もりします。下記項目をご記入の上、ご返送ください。

メーカー名	商品名	色等

※複合機トナーなど一部お取り扱いできないトナーもございます ご了承ください

注文送付先	
医療機関名	担当者名
住所	
〒	
TEL番号	FAX番号
廃棄トナーの有無	備考欄
有 無	