

<ヤマギシ FAX サービス> 下記番号に FAX お願い致します。

# デンタルクイックサービス

(お客様御問合わせ用)

下記商品を 注文します。

メーカー	品名	数量	人数・形態・シェード(色)等	備考

<備考>

送信日 令和 年 月 日 地区町村名

御芳名 様 TEL

ヤマギシ担当 に渡して下さい。

**FAX 0120-525482**