

お客様名・住所・Tel・Fax

注文日： 年 月 日

 **四国メディコム** 株式会社  
 愛媛県松山市姫原3丁目5-1  
 TEL(089)925-9236(代) Fax(089)922-4395

I 用紙

レセプト用紙(白紙) 1,000枚/箱	箱	薬袋(A4) 1,000枚/箱	箱
黄色無地 500枚/包 国保診療報酬請求書用	包	薬袋(B5) 2,000枚/箱	箱
A4白紙 1,000枚/包 (用紙厚70kg)	包	薬袋(2L) 2,000枚/箱	箱
A4白紙 1,000枚/包 (用紙厚90kg)	包	薬袋(L) 2,000枚/箱	箱
B5白紙 1,000枚/包 (用紙厚70kg)	包	薬袋(A5) 2,000枚/箱	箱
B5白紙 1,000枚/包 (用紙厚90kg)	包	薬袋(H) 4,000枚/箱	箱
A5白紙 1,000枚/包(ミシ目あり)	包		
A5白紙 1,000枚/包	包	スタンダード薬袋(青) A4 2,000枚/箱	箱
A6白紙 500枚/包	包	スタンダード薬袋(青) B5 2,000枚/箱	箱
ラベルロール紙76mm幅(シール付) 3本入り	箱	スタンダード薬袋(青) A5 2,000枚/箱	箱
ラベルロール紙90mm幅(シール付) 3本入り	箱	スタンダード薬袋(青) B6 2,000枚/箱	箱
普通ロール紙76mm幅3本入り	箱		

II インク ※色、タイプ、再生には必要に応じて○をつけて下さい。

メーカー名	品番	数量	タイプ	再生	備考
	( 黒・カラー・シアン・マゼンダ・イエロー )		純正・ノンブランド	再生	
	( 黒・カラー・シアン・マゼンダ・イエロー )		純正・ノンブランド	再生	
	( 黒・カラー・シアン・マゼンダ・イエロー )		純正・ノンブランド	再生	

使用済みカートリッジの回収が必要な場合は回収に○をつけてください。

回収

通信欄	
-----	--

※ ご注文の合計金額が3,000円未満の場合には、別途450円の送料を頂きます。

※ お届け希望日がある場合はご指定下さい。

到着希望日：	月	日頃
--------	---	----

ご注文専用フリーダイヤル： **0120-34-1222** (Tel・Fax共通)