

平成 年 月 日

UCLAインプラントアソシエーションジャパン事務局 御中

## F A X 注 文 書

ご購入者様 ご連絡先（下記へ支障の無い範囲でご記入下さい。）

氏名		勤務先名	
勤務先住所	〒	勤務先電話番号	
ご連絡先	勤務先・ご自宅・携帯電話	ご連絡先電話番号	

### 商品お届け先

お届け先	勤務先・ご自宅	お届け先住所	〒
お届け先電話番号			
備考			

### 商品明細

商品名	数量	単価	計
「インプラント歯科学における即時機能と審美」		8,500	
※ 特別お値引き（20%割引 ¥6,800）			
		小 計	
		消 費 税 等	
		合 計 金 額	

本申込書に必要事項をご記入の上、下記までFAXして下さい。  
FAX 送信No. : 03-3494-1183