

パーフェクトペリオFAX注文用紙

こが歯科医院 TEL/FAX : 093-581-9120

ご記入欄	
お名前	
ご住所	〒 _____ (アパート・マンション名: _____)
お電話番号	TEL: (_____) (必須)FAX: (_____)

※ ご注文後に、送料を含めた合計金額をFAXでお知らせ致します。

■FAXをお持ちでない方は、お電話にて連絡させていただきますので下記□に✓をお入れ下さ

電話連絡希望

【お申込頂くにあたり、以下についてお答えください】

● 今回の購入目的は何ですか？当てはまるものにチェックをお入れ下さい。

歯周病の治療 歯周病予防や虫歯予防 インフルエンザ予防

● 該当するものにチェックをお入れ下さい。

アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
歯ぐきの腫れ	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
歯ぐきの出血	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
歯ぐきのうずき	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> ない
歯のぐらつき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
口の中のネバネバ	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
口臭	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない

■ご注文内容

パーフェクト・ペリオ(500ml): 本

※ ご購入本数をご記入下さい。
(1本2370円、2本目からは1本1950円になります。)
(院内販売価格は、1本2160円、2本目からは1740円となります。)

お支払い方法: 代引 銀行振込

※ ご希望のお支払い方法に、印をお入れ下さい。

こが歯科医院

〒803-0831 福岡県北九州市小倉北区日明3-3-6-2F

TEL・FAX:093-581-9120

担当:横尾