

APAサプリメント注文書



病院ID

ご注文日 年 / 月 / 日

病院名 _____

/ /

お届け先 病院ご住所

〒 _____

都道
府県

TEL _____

FAX _____

製品名	注文数
キネサ	
レジュベン	
リラクセン	
レジスト	
レスパイアー	

* 送料は弊社にて負担いたします。

FAX 03-5731-3631

FAX
送信方向

FAX 03-5731-3631

24時間受付