

## F A X 注文書

お名前	
ふりがな	
郵便番号	
ご住所	
電話番号	
FAX 番号	
E メールアドレス	

ご希望の商品名・数量・金額をご記入下さい。

商品名	数量	金額

備考
----

(有)開生薬局

〒852-8105 長崎県長崎市目覚町 4-10  
TEL(095)840-9777 FAX(095)840-9778