ご記入日　　　年　　　月　　　日

この度は新規お取引のお申し込みをいただき誠にありがとうございます。
ご注文の際は、必要事項及びご契約者様（院長先生）ご署名を記入の上FAXにてご返信ください。
（*印必須）

ご返信はこちらへ　FAX 03-6866-7485

【新規ご契約登録用紙】

（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
*　ご請求先名称	御中
法人名 （*法人の場合必須）	
*　ご住所	〒
*　お電話/FAX	TEL:　　FAX:
商品送付先	**※ご請求先と異なる場合のみご記入ください。**
送付先名称	
ご住所	
お電話/FAX	電話:　　FAX:
（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ご出身大学
*　院　長　名	**先生**
（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ご出身大学　　ご在学中の場合、○をお付け下さい
*　矯正ご担当	**先生**　　*在学中
休診日に○をお付けください	**月　火　水　木　金　土　日　祝**

***個人名でご登録をされる場合は、現在のご勤務先の医院様又は大学（医局）をご記入ください。**

（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
*　ご勤務先名称	
*　ご住所	
*　お電話/FAX	電話:　　FAX:

*必須箇所に記入漏れがある場合は商品の発送を見合わせる場合がございます。

※※

【購入契約書】

● **お支払条件**

・弊社は毎月20日締めにて請求書を発行、商品購入者は翌月10日迄に商品代金をお支払いただきます。
　※期限までにお支払いが確認できない場合は、商品の発送を見合わせる場合があります。
・銀行振込みを利用する際、振込み金額が1万円未満の場合は商品購入者に振込手数料をご負担いただきます。
　※ご請求金額が30万円未満の場合はコンビニエンスストアでお支払いいただくことが可能です。（手数料弊社負担）
　※お支払条件等について別途ご連絡させていただく場合がございます。

上記支払い条件に同意の上商品購入を希望します。	
***ご契約者様ご署名**	

**※ご契約様自筆のご署名を
お願いいたします。**

※※

新製品のご案内・臨床情報・セール/セミナーのご案内等を送付させていただく場合があります。
詳しくは右記弊社ホームページ「個人情報の取り扱いについて」をご覧ください http://www.kavo.co.jp　　WEBからダウンロード

カボデンタルシステムズジャパン株式会社　東京都品川区北品川4-7-35　御殿山ﾄﾗｽﾄﾀﾜｰ21F　TEL03-6866-7264

弊社使用欄	備考	①担当セールス	②分類	③パーフェクト口座	④UFD	登録者印