

表面

データ作成サービスをご利用の場合
以下の内容を明記してご注文ください。

■ 部分の文章は差し替え可能です。

- ① 会社名・店舗名
- ② 住所・電話番号・FAX番号・
メールアドレス・ホームページアドレス
など
- ③ 料金マークの有無
- ④ ○○在中マークの有無
- ⑤ 森林認証マークの有無

③



④

納品書在中

①

嶋デンタルクリニック

〒000-0822 東京都渋谷区麻倉8-22

Tel 03-5785-0719

E-mail shima@xxx.co.jp

www.shima.xxx

②

⑤

