

# CAS-KIT (Crestal Approach Sinus KIT) 注文書

ご注文日 年 月 日

医院名	
名前	
電話番号	
住所	〒
備考	

ご購入される品名に○または数量を記入し、FAX でお送りください。

CAS-KIT (Crestal Approach Sinus KIT)	○
---	---

\*在庫または希望日に問題が発生した場合は、変更の相談をさせていただく事もありますのでご了承ください。  
\*ご注文金額が3万未満の場合は送料910円をいただいております。(レターパックの場合は510円)

**Geo**  
GeoMedi

株式会社 ジオメディ

〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南 1-7-22 ブックローン福岡ビル 6F-7F

☎ 092-409-4050 🌐 <http://www.geomedi.co.jp>

FAX 092-409-4051