

期間限定 **2021年10月31日**まで

お客さま記入欄 (お送り先)		ご契約販売店記入欄	
お名前 (院名)		貴社名	
ご住所 〒		ご住所 〒	
TEL.	FAX.	TEL.	FAX.

品番	製品名	天板カラー	サイズ	数量
TB-1573-01	ナーステーブルC (01)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1573-02	ナーステーブルC (02)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1574-01	ナーステーブルR (01)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1574-02	ナーステーブルR (02)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1575-01	ナーステーブルHC (01)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1575-02	ナーステーブルHC (02)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1576-01	ナーステーブルHR (01)		幅90・長さ () ・高さ () cm	
TB-1576-02	ナーステーブルHR (02)		幅90・長さ () ・高さ () cm	

備考

**必ずお読み
ください!!**

- 〈ご契約販売店記入欄〉が空白の場合は、ご注文をお受けすることができません。
- 設置、組み立て、送料、納期に関するお問い合わせは、ご契約販売店へお願いいたします。