

## お客様登録票

この度は弊社へご注文をいただきましてありがとうございます。  
大変お手数ですが、初回ご注文時のみ貴社情報のご記入をお願いいたします。  
ご注文書と一緒にFAXをお願いいたします。

ご記入いただきました情報は、販売のためのデータとして保管させていただきます。  
その他目的での利用や他社に提供することは一切ございません。

高杉製薬株式会社

福岡県糟屋郡粕屋町仲原2617

TEL:092-621-1231 FAX:092-621-6269

本社情報をご記入ください。

フリガナ	
貴社名	
本社住所	〒
代表電話番号	
業種	
代表者名	

弊社とのお取引拠点が事業所の場合には、下記にもご記入ください。

フリガナ	
事業所名	
住所	〒
電話番号	