





↑ タイムスリンFAX注文書：0120-662-642 ↑

ご注文者様		ご注文日		年	月	日 ()
フリガナ	-----		メールアドレス			
お名前	様					
ご住所	〒					
ご施設名	T E L		F A X			

お届け先					
フリガナ	-----		ご施設名		
お名前	様		(ご住所)		
ご住所	〒				
T E L			F A X		

価 格 タイムスリン 4種 各 3,650円 (税込、送料別)

ご注文内容					
製品コード	タイムスリン	注入器名	適合するインスリン製剤 ¹ ヒトGLP-1アナログ注射液及びこれらの配合製剤	数量	金額
T9A001	フレックスタッチ用 	フレックスタッチ® (ノボノボルディスクファーマ社)	・フィアスプ®・ノボラピッド® ・トレシーバ®・ライゾデグ® ・ゾルトファイ®		
F9A001	フレックスペン用 	フレックスペン® (ノボノボルディスクファーマ社)	・レベミル®・ピクトーザ® ・ノボリン® ・ノボラピッド®		
K9A001	ミリオペン用 	ミリオペン® (日本イーライリリー社)	・ヒューマログ®・ヒューマリン® ・ルムジェブ® ・インスリングルルギンBS注「リリー」		
S9A001	ソロスター用 	ソロスター® (サノフィ社)	・アピドラ®・ソリクア®・ランタス® ・インスリンリスプロBS注「サノフィ」 ・インスリンアスパルトBS注「サノフィ」		
タイムスリンとの適合性の最新情報はHPでご確認ください。 ※「ランタスXR注 ソロスター」はタイムスリンに適合しません。					商品代金
					円

お支払い方法

- 送料は実費を頂戴します。
ただし、タイムスリン4本以上のお買い上げで送料無料となります。
- ご注文確定後に送料を含めた合計金額をメールかFAXでご連絡します。
- 上記のご連絡についてはお時間をいただく場合もございます。ご了承ください。
- お振込みは弊社指定の以下の銀行口座にお願いします。

振込口座	みずほ銀行 葛飾支店 (普通)
	1344672 ウィメンズヘルスジャパン株式会社 (振込手数料はお客様にてご負担をお願いいたします。)

お届 け ヤマト運輸のみ

ネコポスにてお届けします。郵便受け投函のためご在宅不要ですが、状況により対面でのお渡しの場合もございます。

ご入金確認後の発送とさせていただきます。予めご了承ください。

ウィメンズヘルス・ジャパン タイムスリン係
TEL：03-6240-9611 FAX：0120-662-642

販売者記入欄
お振込額
円