



1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50				

〈ご希望商品〉

お申し込み日 年 月 日

商品番号	個	商品名	点数
合計点数			点

※応募シートがいっぱいになりましたら、コピー用紙やレポート用紙などに貼ってご応募ください。ライオン歯科材のホームページからも応募用紙をダウンロードできます。

<https://www.lion-dent.com/>

▼必ずご記入下さい。

● 貴歯科医院で住所  
〒□□□-□□□□ 都道府県

● 貴歯科医院名 ● ご担当者名

● 貴歯科医院TEL. 市外局番 ( ) -

● 〈Lサポ〉ログインID

● お取り引き歯科用品商様名

歯科用品商様にお届けの場合のみご記入ください。

● 歯科用品商様で住所  
〒□□□-□□□□ 都道府県

● 歯科用品商様名 ● ご担当者名

● 歯科用品商様TEL. 市外局番 ( ) -

歯科医院様の認印をお願いいたします。

※認印の無い場合は、歯科医院様へ面送いたします。

※ 貴歯科医院の医院名・住所・電話番号・〈Lサポ〉ログインIDが無いものは無効となります。ログインIDをお忘れの場合は、Lサポサイトの登録医院限定ページログイン画面の「ログインできない方」をご参照ください。