

ご購入お申し込み書 FAX用

注文コード	商品名	注文単位	数量	単価	金額
				消費税	
				送料	
				合計	

(消費税8%時、代金5,400円未満では送料700円)

フリガナ					今回が初めての ご注文ですか	はい*・いいえ
お名前						
性別	男 · 女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
お届け先	〒					
お電話			FAX			
配達時間	午前中	14:00~16:00	16:00~18:00	18:00~20:00	19:00~21:00	
ご紹介いただいた病院・施設名						
通信欄						
日中ご連絡先*					※初回のご注文の場合は弊社より確認のお電話をさせていただきます。 確認完了後の手配となりますのでご了承をお願いいたします。	

FAX

06-4800-9730

お問合せ 06-4800-1272

アルフレッサ株式会社