

FAX注文書

ご注文日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご注文者様

フリガナ		電話番号	-	-
お名前	様	FAX番号	-	-
Email				
ご住所	〒			

お届け先

フリガナ		電話番号	-	-
お名前	様	FAX番号	-	-
ご住所	〒			

ご注文内容

商品コード	商品名	単価	数量	金額
合計				円

■お届け日時指定 ※日時のご指定があれば記入ください。

月 _____ 日 _____ 時間指定 (_____ 時 ~ _____ 時) ☐ 午前中

■お支払方法 ※銀行振込の場合、手数料はお客様ご負担でお願いいたします。(入金確認後、商品の発送をいたします。
※5営業日以内にご入金を確認できない場合は、ご注文をキャンセルさせていただきます。

☐ 銀行振込 ☐ 代金引換

■領収書 ※領収書が必要な場合は、宛名(2名以上の場合は振り分け金額)もご記入ください。

介護コンフォートストア

〒453-0806

愛知県名古屋市中村区大正町3-4

TEL 052-451-1525

FAX 052-451-5070

<http://www.kaigo-comfortstore.com>

Email info@kaigo-comfortstore.com