

↑↑↑

FAX 052-265-5862

↑↑↑

こちらの書面に必要事項をご記入のうえ、上記FAX番号までご送信ください。

※FAX受信後、翌営業日までにご確認のお電話をいたします。

/	/	/

## ○ご注文者様情報

ご注文日・ご注文者様情報・お届け先をご記入ください。

ご注文日 年 月 日

氏名	フリガナ							TEL ( )
								携帯 ( )
								E-mail
〒	□	□	□	□	□	□	□	(例)
住所								

※建物名・部屋番号の記入もお願いします。

## ○配達日時 ※ご指定希望の場合は、ご注文日より6営業日以降着でご指定ください

ご希望の配達日を記入し、ご希望の時間帯にチェック団をいれてください。

配達日	年 月 日 ( )曜日	時間帯	<input type="checkbox"/> 指定無し	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 14時～16時
			<input type="checkbox"/> 16時～18時	<input type="checkbox"/> 18時～20時	<input type="checkbox"/> 19時～21時

※ヤマト運輸にてお届けいたします。

※ご注文のタイミングやお住まいの地域によってはご希望にそえない場合がございます。その際には別途ご連絡いたします。

※配達日時のご指定がない場合は、配達業者の最短日時でお届けいたします。

※天候等によりご指定の配達日時にお届けできない場合がございます。

## ○ご注文製品 ご注文製品にチェック団をいれてください。また製品代金をご記入ください。(消費税率 10%)

	商品番号	製品名	色	サイズ	乳頭の形状	単価(税込)	個数	小計(税込)
<input checked="" type="checkbox"/>	例 PNI01	既製ニップル+ケア用品セット	<input checked="" type="checkbox"/> BR1 <input type="checkbox"/> BR2 <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> PK	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	35,200 円	1	35,200 円
<input type="checkbox"/>	PNI 01	既製ニップル+ケア用品セット	<input type="checkbox"/> BR1 <input type="checkbox"/> BR2 <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	35,200 円		円
<input type="checkbox"/>	PNI 02	既製ニップル単品	<input type="checkbox"/> BR1 <input type="checkbox"/> BR2 <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	31,900 円		円
<input type="checkbox"/>	PNI 03	ケア用品セット	---	---	---	6,490 円		円
		※上記以外のご注文がある場合はこちらにご記入ください				円		円

※「既製ニップル+ケア用品セット」及び「既製ニップル単品」をご注文の際は、色・サイズ・乳頭の形状にチェック団をいれてください。

製品代金合計(税込)

円

## 施設名

弊社パンフレットは、全国の協力病院に設置されています。どちらの施設・病院でお知りになりましたか?

お支払い金額の合計は、上記の金額に送料全国一律 990 円(税込)と代引き手数料\*を加えた金額になります。製品お届け時にクロネコヤマトのドライバーに代金を現金にてお支払いください。

※代引き手数料・・・ 製品代金合計 1 万円未満 : 330 円(税込)

1 万円以上 3 万円未満 : 440 円(税込)

3 万円以上 10 万円未満 : 660 円(税込)

10 万円以上 30 万円未満 : 1,100 円(税込)

お支払い金額合計=製品代金合計+送料+代引き手数料\*

お支払い金額合計(税込)

円

株式会社 池山メディカルジャパン

名古屋プレストセンター

〒460-0006

愛知県名古屋市中区栄 1-7-25 サンミソノビル 401 号