24時間受付　FAX　052-354-1676

リハビリ・レクレーション・コムFAX発注書

見積依頼ありがとうございます。必要事項を明記し、FAXをお送りください。折り返しご連絡いたします。
4種類以上の商品をご依頼の場合は、FAX用紙を分けてください。

●ご注文商品をご記入ください。　ご依頼日　年　月　日

商品名(商品番号)	数量	金額(税込)
1万円以上(税込)のお買い上げで、送料&代引き手数料無料になります!	合計金額	

組立設置(有料)が必要な場合はその旨記載してください。

●配達希望日時指定　※ご注文日(入金日)から7営業日～14日営業日未満の日付

配達希望日	年　月　日	時間選択	□午前　□午後

●お支払い方法

お支払方法	□ カード(eコレクト)　□ 代引き　□コンビニ払い(5万円以下) □ 銀行振込
銀行口座	三菱東京UFJ銀行　名古屋営業部　普通4948777　有限会社ケイアンドエルメデイカル

●お客様のご連絡先

フリガナ お客様のお名前			
担当者さま名		フリガナ	
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	
メール	@		
連絡方法	□ TEL　□ FAX　□メール	組立設置	□あり　□なし

●お届け先　※送り先がご連絡先と異なる場合のみご記入ください。

お客様名		フリガナ	
お電話番号			
ご住所	〒		

備考欄

TEL/0120-92-5411 FAX/052-354-1676

営業時間　9:00～18:00(定休日・・・土日祝)