車椅子販売センター ご注文書　兼　ご注文確認書

FAX：050-3156-0627

①　ご希望の商品の型番・商品名・数量を記入して下さい。

商品番号	商品名（サイズ・カラー）	数量

②　下記にお客様の情報をご記入下さい（全て必須項目です）。

お名前	（ふりがな）
ご住所	〒　　－
法人名 （法人の場合）	会社名・団体名　　部署名
ご連絡先	電話番号：
	ＦＡＸ番号：
お支払方法	**銀行振込〔前払い〕　・　NP後払い　　（いずれかを○で囲んで下さい）**
	※銀行振込の手数料はお客様ご負担となります。商品はご入金確認後の発送となります。 ※後払いご利用の場合、別途手数料390円を頂きます。（5.5万円以上の商品は、別のお支払い方法をお選び下さい）
配送希望日	月　　日　　曜日　　/　　最短 希望がない場合、最短に○をお付け下さい。なお、希望日がある場合は、5営業日以降でご指定下さい。 ※ご希望に副えない場合もございます。予めご了承ください。

③　お届け先が異なる場合、下記にご記入下さい。

お名前	（ふりがな）
ご住所	〒　　－
法人名 （法人の場合）	会社名・団体名　　部署名
電話番号	

④　領収書が必要な方は　右記にチェック・ご記入下さい。□領収書希望（宛先：　　）

⑤　受付完了後、商品代金合計・決済手数料・送料の支払合計金額を記載したご注文確認書をFAXさせていただきます。

※お客様の個人情報は、当社の通信販売における各種商品・サービスのご提供・ご案内の目的に利用させていただきます。
詳しくは、当社の【個人情報保護方針】をご覧ください。

※当店記入欄※		【振込先口座】（銀行振込の場合のみ使用）
商品代金合計：	円（税込）	●金融機関名:三井住友銀行
決済手数料：	円（税込）	●支店名　:アオイ支店
送料：	円（税込）	●口座番号　:普通　0388001
支払合計金額：	円（税込）	●口座名義　:ｶ)ﾔﾏｼﾀ