

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。商品はお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 :静岡支店
送料：	_____ 円 (税込)	●口座番号 :普通 4090371
支払合計金額：	_____ 円 (税込)	●口座名義 :かヤマシタ