

FAX 注文用紙

FAX 072-293-5404

近畿メディカル株式会社 宛

TEL 072-293-5674

ご注文日 年 月 日

ご住所	〒 -		
お名前 (会社名)	フリガナ	TEL	- -
	様	FAX	- -

お届け先 (※ 上記と異なる場合のみご記入ください)

ご住所	〒 -		
お名前 (会社名)	フリガナ	TEL	- -
	様	FAX	- -

ご注文内容

	商品名 (正確にご記入ください)	容量	数量
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

お支払い方法 ①お振込み ②代金引換 (どちらかに○をつけてください)

※お振込みの場合は、「振込先」を後ほどFAXにてご連絡致します

配達ご希望時間 ①午前中 ②12~14時 ③14~16時 ④16~18時 ⑤19~21時 ⑥特になし

その他 ご要望