車椅子販売センター FAX用ご注文用紙 ※ 印刷してご使用ください。

■ **ご注文者** *印の項目には必ずご記入ください。

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

■ **お届け先** （ご注文者と異なる住所にお届けの場合にご記入ください）

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

■ **ご注文商品** （送料無料です（沖縄・離島を除く））

商品番号	商品名	座幅・シートカラー等	数量

■ **お支払方法** （どちらかを選び、〇で囲んでください）
※ セキュリティ上の配慮から、クレジットでのお支払いはインターネットでのご注文に限らせていただいております。

銀行振込（手数料はご負担ください） ※ ご入金後の発送となります。	**後払い** ※手数料は390でございます。 ※商品代金が50,000円を越える場合は銀行振込をお選び下さい。

■ **配達ご希望日 （日・祝日を除く3日以降でご指定ください）**

配達希望日
年　　月　　日

■ **通信欄** ※領収書が必要な方は右記にチェック・ご記入ください。 ☐ **領収書希望（宛先：　　）**

ご注文ありがとうございます。右記の番号にご送信ください。→ FAX 03-5435-2505

後ほど、送料及び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。万一、FAXが届かない場合には、恐れ入りますが、ご確認のお電話をいただきますようお願い申し上げます。（TEL.0120-915-801）

※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。