F A X　注 文 書

施設様名

〒□□□－□□□□

ご住所

TEL　　－　　－

FAX　　－　　－

ご担当者様氏名

（　　様）

おむつ便 ケアサポート・わ 宛　ご注文 FAX 043-309-5061

メーカー名	商品名	サイズ/入数	税込価格	佐藤 様	山田 様	石井 様	様	様	様	様
エルモア	いちばん パンツ（スーパー）	M 20枚入	1,220	1 パック	2 パック	1 パック	パック	パック	パック	パック
エルモア	いちばん 尿とりパッドスーパー	48枚入	555	2 パック	パック	3 パック	パック	パック	パック	パック

※　上記ご注文例を参考にご記入ください。

※1名様からでも・複数名様あわせてでも（税込み）4，０００円以上のご購入で、お届け致します。

メーカー名	商品名	サイズ/入り数	税込価格	様	様	様	様	様	様	様
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
				パック	パック	パック	パック	パック	パック	パック
		個人別小計		円	円	円	円	円	円	円

お買い上げ合計金額	円

ご精算方法			
	代引き		月末〆