

# F A X ご 注 文 書

## ケアサポート・わ宛

# FAX 043-309-5061

太枠内をご記入いただき、ファックスにてご注文下さい

お届け先ご住所・氏名

〒     -

氏名

TEL

様

FAX

ご依頼人様とお届け先が異なる場合は下記欄にご記入ください

ご依頼人様住所氏名

〒     -

氏名

TEL

様

FAX

お好みの商品をご組み合わせ【紙おむつ類・介護用品類を合わせて購入もできます。】 **購入価格が4,000円(税込)以上から送料が無料になります。**

次の地域は、1ケースご注文毎に別途加算送料を頂戴いたします。【北海道550円・九州550円・沖縄、離島3300円(税込)】

商品番号	商 品 名	規格/サイズ*	商品価格(税込)	ご注文数	商品別金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
<b>ご注文金額</b>					円
ご注文金額が4,000円(税込)未満の場合は、送料660円(税込)を加算して下さい。⇒ ⇒ ⇒					円
<b>ご注文合計金額</b>					円