

F A X 注 文 書

施設様名

〒 □□□ - □□□□

ご住所

TEL — —
FAX — —

ご担当者様氏名
(様)

たすか〜る介護ネット/株式会社ケアサポート・わ 宛 ご注文 FAX 043-309-5061

メーカー名	商 品 名	サイズ/入り数	税抜価格	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枚入り	1,460	1 ハック	2 ハック	1 ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
エルモア	いちばん 尿とりパッドスーパー	48枚入り	960	2 ハック	ハック	3 ハック	ハック	ハック	ハック	ハック

※ 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) 7,000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	税抜価格	様	様	様	様	様	様	様
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
				ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック	ハック
個人別小計				円	円	円	円	円	円	円

ご 精 算 方 法	
代引き	月末×

お買い上げ合計金額	円
-----------	---