

◆ ご注文書 ◆



お客様情報	名前	様	電話	()	-
	住所	□□□-□□□□			

▼ご注文者とお届け先が同じ場合は不要

お届け先	名前	様	電話	()	-
	住所	□□□-□□□□			

お電話口にて必要事項をお伝えのうえ、ご注文ください。

ご注文書に必要事項をご記入のうえ、送信ください。

TEL. 0743-85-4179

FAX. 0743-67-3178

ご注文内容	商品名	数量	単価	合計	

支払い	お届け日	月	日	介護用品・福祉用具の販売・通販 サンクスケア 奈良県天理市遠田町574番地 Tel. 0743-85-4179 Fax. 0743-67-3178
	支払い方法	NP後払い	代金引換	
備考				