

# F A X 注 文 書

お客様氏名

〒-

ご住所

TEL       —       —  
FAX       —       —

**おむつ便 ケアサポート・わ 宛 ご注文 FAX 043-309-5061**

ご注文例

商品番号	商 品 名	サイズ/入り数	商品価格(税抜)	ご注文数	ご注文金額
例 HP-1010002	いちばん パンツ(うす型)	M-L 16枚入り	980 円	2 パック	1,960 円
例 HP-1030017	いちばん 尿とりパッドスーパー	48枚入り	555 円	2 パック	1,110 円

※ 上記ご注文例を参考にホームページからお選び頂きご記入ください。

商品番号	商 品 名	サイズ/入り数	商品価格(税抜)	ご注文数	ご注文金額
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
			円	パック	円
				お買い上げ合計金額	円

※給付券ご利用の際はご記入ください。

給付券の(市町村名)	ご利用給付額
	円

★ お届け金額は(お買い上げ合計金額+消費税額)でお届け致します。

お電話でのご注文は **【043-304-0622】**