mainat

ご注文受付FAX ➡ 03-3863-8029

マイナット注文書

注文日:　　年　　月　　日

施設名:　　担当者名:

（送付先）　※該当のご送付先に〇をお付け下さい。

施設宛 ・ 購入者宛 ・ その他（　　）

住所:　（〒　　ー　　）

氏名:　　領収書:　（ 必要 ・ 不要 ）

TEL:　　FAX:

品番 商品名	圧迫力	サイズ	丈 /手首周囲	リブなしは 〇を記入	色	数量	金額（税込）

送料		
代引き手数料		
合計		

★ 送料について
・定価 ¥10,000-(税抜) 未満の場合は、ご請求となります。

★ お支払い方法は、代引き又は前振込となります。
・代引き手数料は、3万円までは330円、10万円までは550円です。
・振込みは、入金確認後の商品発送となります。
・FAX注文→振り込みのご案内郵送→患者様振り込み→振り込み確認→商品発送

請求方法:　（ 代引き ・ 前振込み ）

希望お届け日:　　月　　日　（午前中 ・ 午後）　※時間をご指定の場合は下記に〇

（ 午前中 / 12:00～14:00 / 14:00～16:00 / 16:00～18:00 / 18:00～20:00 / 20:00～21:00 ）

★ 返品・交換については、商品が未使用の場合に限り、承ります。
但し、商品が未使用であっても、弊社の商品発送日から起算して
３０日を超えた場合の返品・交換は承っておりません。

九州メディカルサービス株式会社
東京営業所
〒111-0056 東京都台東区小島2-20-7
(TEL) 03-3863-8028　　(担当) 谷本