

FAX 注文書

搬送器具福祉関連機器 アド FAX 番号
06-6773-9944



発注社名 _____

注文日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： 〒 _____

電話番号： _____

携帯番号： _____

ご担当者： _____

印

【ご注文内容】

品番	商品名	単価 (税込み)	数量	小計
備考				合 計 円
				送 料 円
				振込金額 円

【納品先】

送り先社名		部 署 名	
ご担当者名		携 帯 番 号	
住 所			
電 話 番 号		FAX 番 号	

▲ 発注時の注意事項

- 発注後のキャンセルはできません。
- 返品交換は、次に該当する場合のみ▷ 商品が損傷又は故障している / お申込みと異なる商品が届いた場合
- 次に該当する場合の返品交換はできません▷ お客様の手元で加工・破損した商品 / ご使用後の商品 / 到着後2週間以上経過した商品
- 不良品について▷ 商品本体の不良 (破損や欠品) は代替品と交換させていただきます。

上記の発注時の注意事項を確認の上、注文致します。

申し込み先▷ FAX:06-6773-9944

発送について▶▶▶ご入金の確認を持って発注とし、後日発送日をお知らせ致します。

※当社記入欄 発送日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 運送会社： _____ 送り状 NO: _____ 発送担当者： (印)

振込先	関西アーバン銀行	銀行コード：0554	平野支店	支店コード：016	普通口座	NO.0978867
	口座名義	合同会社介護タクシー・アド				

搬送器具福祉関連機器 アド 担当：雑賀(サイガ) TEL. 06-6773-9945