



《FAX番号：048-662-5600》

ご注文はこちらの用紙にご記入の上、FAXでご送信ください。



健康fan

パルスオキシメーター専用 FAX・電話ご注文受付用紙

お申込み年月日 平成 年 月 日

1. ご注文者様情報 (必須)

ご住所 〒 都道
府県

お名前 (ふりがな)

TEL

FAX

2. 送り先ご住所・氏名 (お申し込み住所と異なる場合はご記入ください)

ご住所 〒 都道
府県

お名前 (ふりがな)

TEL

FAX

ご注文内容 ※FAX・電話注文は、「パルスオキシメーター」のご注文に限らせていただきます。

商品名	型番	色・種類	数量	合計金額
例) パルスフィット	BO600	イエロー	1 個	24,000 円
			個	円
			個	円
			個	円

お支払合計金額 (弊社記入欄)

【合計お支払金額は弊社側で記入し、FAX もしくは電話にてご連絡させていただきます。】

円

3. お支払方法 (必須)

下記「代金引換」もしくは「銀行振込」をお選びいただき□枠にチェックしてください。

代金引換 (手数料324円税込がかかります)

銀行振込 (手数料お客様負担となります)

武蔵野銀行 指扇支店 ムサシノコウ シオウキンテン
普通：35038 日興メディカル(株) ニッコウメディカルビジネスガイヤ

4. ご希望のお届け時間

配送指定業者はヤマト運輸となります。

時間指定なし

午前中

12時～14時

14時～16時

18時～20時

20時～21時

※パルスオキシメーターは送料・時間指定は無料です。

(備考) ※領収書等が必要な方は、ご希望の宛名及び品名をご記入ください。また、品名のご記入がない場合「パルスオキシメーター代」とさせていただきます。

注※) 商品お届けは、銀行振込の場合は『ご入金確認後』の出荷となります。入金確認には時間がかかるケースもありますのでご注意ください。また、商品品切れ、お取り寄せの場合は弊社よりFAXもしくは電話でご連絡させていただきます。

注※) 弊社より、お支払金額の合計金額、発送予定日を記入の上返信FAX致します。お客様がFAX送信後、5営業日以内に返信FAXもしくは電話が弊社より来ない場合は、FAXが届いていない可能性がありますのでお問合せください。

返信欄

お問合せ先：日興メディカル(株) WEB 運営/健康 fan web 事業部
受付：平日 9:00～17:00 土・日・祝日休み【夏季・年末年始休暇】

TEL: 0120-215-018 / FAX: 048-662-5600