

注文FAX番号
078-857-7498

注文書

受注者:(本社)
株式会社ヘルスケアートレーディング
神戸市東灘区向洋町中
6丁目9番地 8C-17
電話:078-857-7492

太枠内の内容と条件で下記商品を発注します

発注日 年 月 日

注文品番 or 組合せ番号	発注数量	発注単位	発注価格
		組/セット/個	ご案内の価格になります

発注者

貴社名:
御住所:
電話番号:
FAX番号:
御担当者:

社印または御担当者印/署名

配送先について

何階建ての何階:

エレベーター: 有 無

ベッド組立作業: 要 不要

配送先が上記と異なる場合はご記入願います

配送先名:
御担当者名:
配送先住所:
配送先電話番号:
備考欄:

お振込の御名前が上記と異なる場合は必ずご記入願います

お振込人名義:

納期:大型商品のため7~10日必要です。お急ぎの方は事前にお問合せください。

お支払い:三井住友銀行 神戸営業部 普通預金 1096367 株式会社ヘルスケアートレーディング

受注と発送の手順:FAX注文を受信すると、受注番号/金額確認の連絡をしますのご確認願います。

注意1:セットの分散購入又は分散返品はお受けできません。

注意2:商品詳細はホームページでご覧頂けます。

注意3:ご注文または商品でご不明な点がございましたら営業部へご連絡願います。

弊社使用欄

年 月 日 下記の受注番号にて承りました。

受注番号

No.

商品金額

送料