



日本ヘルツ株式会社(FAX:03-5316-1338)

営業部 近藤 行き

# ご注文書

申込日: 年 月 日

No	商品名	数量	金額(税込)
No.1	服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』 型番:MOR-3(朝・昼・夜タイプ)	個	43,780円 (税込) 円
No.2	服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』 型番:MOR-4(朝・昼・夜・寝タイプ)	個	49,280円 (税込) 円

【希望納期】 年 月 日

御社名・御校名・施設名	印
部署名	
お名前	
お電話番号	
FAX番号	
ご住所(お届け先)	〒

①お申込日、ご希望商品の数量、合計金額、ご希望納期、御社名(御校名・施設名)、お名前、お電話番号、ご住所をご記入・ご捺印の上、FAXにて送信下さい。

②商品お届けは別途ご連絡させていただきます。

③お支払いにつきましては、法人のお客様は商品到着後1週間以内にお振込願います。  
個人のお客様は30万円未満の場合は『代引き』又は『お振込み確認後の商品発送』、  
30万円以上の場合は『お振込み確認後の商品発送』にて願います。

④送料は弊社にて負担いたします。

⑤ご注文後のキャンセル及び、納品後の返品(初期不良は除く)はお受けいたしかねます。

上記①～⑤の内容にご同意いただけましたら、□にチェック印を付けて下さい。