



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〜』<br>型番:MOR-3(朝・昼・夜タイプ)           | 個   | 43,780円<br>(税込) 円 |
| No.2 | 服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』<br>型番:MOR-4(朝・昼・夜・寝タイプ)         | 個   | 49,280円<br>(税込) 円 |
| No.3 | 服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』<br>専用お薬ケース 朝用 1週間分(7箱セット)* 緑色   | セット | 2,310円<br>(税込) 円  |
| No.4 | 服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』<br>専用お薬ケース 昼用 1週間分(7箱セット)* ピンク色 | セット | 2,310円<br>(税込) 円  |
| No.5 | 服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』<br>専用お薬ケース 夜用 1週間分(7箱セット)* 青色   | セット | 2,310円<br>(税込) 円  |
| No.6 | 服薬支援ROBO『コックン お薬よ〜』<br>専用お薬ケース 寝用 1週間分(7箱セット)* 無色   | セット | 2,310円<br>(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。