

FAX

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	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 型番:MOR-03(バリュウ)	43,780円 (税込)	台 円
No.2	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 型番:MOR-04(シンプル)	58,080円 (税込)	台 円
No.3	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』*音声とLED点灯による光でお知らせ 型番:MOR-04S(スタンダード)	90,200円 (税込)	台 円
No.4	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』*音声とLED点灯による光でお知らせ 型番:MOR-04H(ハイクラス) ・みまもり機能	105,600円 (税込)	台 円
No.5	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 専用お薬ケース 朝用 1週間分(7箱セット)*緑色	2,310円 (税込)	セット 円
No.6	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 専用お薬ケース 昼用 1週間分(7箱セット)*ピンク色	2,310円 (税込)	セット 円
No.7	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 専用お薬ケース 夜用 1週間分(7箱セット)*青色	2,310円 (税込)	セット 円
No.8	自動服薬支援機『コックン お薬よ～』 専用お薬ケース 寝用 1週間分(7箱セット)*無色	2,310円 (税込)	セット 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。