

認定番号

介護用品注文票

次のとおり注文します。

年 月 日

申請者 (利用者)	住所	〒 ー 杉並区 丁目 番 号 方		
	フリガナ 氏名		電話	

配送先	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> その他 ※「その他」の場合は、以下に配送先をご記入ください。			
	住所	〒 ー 方		
	氏名		電話	

※配送先が東京都外の場合は、配送料は自己負担となります。配送時にお支払いください。

●「おむつ・介護用品カタログ」から、ご希望の商品を合計金額が7,000円以内になるように選び、ご記入ください。

コード	商品名	サイズ	単価	個数	小計
合計金額 (7,000円以内)					円

●特記事項 (例: 「2ヵ月に1度(隔月)配送 希望」など)

◎ご変更の連絡や特記事項の記載がない限り、ご注文の商品と同じ商品を毎月配送します。

◎一度お受け取りになった商品の返品・交換・引取りはできません。

商品内容や使用方法等の相談は、「おむつ相談窓口」へ
 <0120-8910-78> フリーダイヤル(通話料無料)

