

令和4年度 いも類 注文書

FAX 送信先

0155-59-2990



ご案内

- ◆FAX・メール・郵送にてお申し込みください。
- ◆注文書を確認後、メール注文または FAX 番号をご記入いただいた方宛に『ご注文承り書(数量・金額確認書)』をお送りいたします。
郵送注文の方や FAX がない場合で必要な方には電話にてご連絡します。→
- ◆商品発送時にご一報必要な方はお申し付けください。→
- ◆お支払いは銀行か郵便局からのお振り込みのみとなります。
商品到着後、請求書と振込用紙をお送りいたします。

FAX・メールがない方のみ

ご注文承り書 (電話連絡) **必要・不要**

ご注文いただいた方全員
発送時の連絡 **必要・不要**

送り主様	フリガナ	TEL  () -
	お名前 様	FAX  () -
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道 市区 町 府県 郡 村

※お届け先がご自宅の場合、『自宅』とお書きください

お届け先		数量	お届け先		数量
フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱	フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱
お名前 様			お名前 様		
TEL () -			TEL () -		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県		
フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱	フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱
お名前 様			お名前 様		
TEL () -			TEL () -		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県		
フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱	フリガナ		A () 箱 B () 箱 C () 箱 D () 箱
お名前 様			お名前 様		
TEL () -			TEL () -		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県		

ご意見・ご要望欄

指定障害福祉サービス事業所 **帯広ケア・センター**

〒089-1182

北海道帯広市川西町西1線 47 番 2 号

TEL 0155-59-2739

FAX 0155-59-2990

MAIL frontier@keisei-kai.jp



HP