

FAX ORDER SHEET



048-250-4806



医療ユニフォーム通信販売の メディコレ!®

MEDI COLLECTION

FAX 注文用紙

注文日 年 月 日 送信枚数 枚

お名前	フリガナ	会社名	フリガナ
TEL		FAX	
E-mail			
ご住所	フリガナ 〒		
お届け先	フリガナ 〒		
☐ 上記と同じ	フリガナ お名前	TEL	
お支払方法	E-mail 有 1：代金引換 2：銀行振込 3：クレジットカード 4：コンビニ決済（前払い） 5：コンビニ決済（NP 後払い） 6：請求書払い（銀行・コンビニ） E-mail 無 1：代金引換 2：銀行振込 ※代金引換、コンビニ決済（前払い）、コンビニ後払い（NP 後払い）は手数料が¥324（税込）がかかります。 ※請求書払い（銀行・コンビニ）は法人のお客様に限らせていただきます。 ※コンビニ後払い（NP 後払い）と請求書払い（銀行・コンビニ）は審査によってご利用できない場合があります。		
会員 ID	※会員の方は、会員番号をお書き添えください		
領収書 ☐ 無 / ☐ 有	宛 名	但 書	

ご注文商品

	商品番号	メーカー / 商品名	カラー	サイズ	数量	ネーム・丈詰め
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

《備考欄》 ※名入れ（刺繍 / プリント）をご希望のお客様は、①お名入れ内容・②字体・③大きさ・④カラーをご記入ください。
オリジナルデザインの場合は別途版下を FAX にてお送りください。
※パンツの裾上げをお申込みされる方は、「ネーム・丈詰め欄」に股下の長さをサイズごとにご記入ください。