

御見積依頼書

ESTIMATE

ご注文年月日	年 月 日
同時送信 有・無	送信枚数 枚

FAX 0948-23-4674

【ご発注者】

フリガナ

お名前

住所 〒 □□□-□□□□

TEL

FAX

E-mail

【お届け先】

フリガナ

お名前

住所 〒 □□□-□□□□

TEL

発注者の住所とお届け先が異なる場合のみお届け先欄へご記入下さい。
※お客様の個人情報は、弊社で適切に管理し、ご注文に関するご連絡、
お届け、サービスのお知らせ以外の目的で使用する事はございません。

【ご発注内容】

No	商品番号	商品名	色	サイズ	数量	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

【ご通信欄】 刺繍・プリントなど、その他ご希望がございましたらご記入下さい。

【お支払い方法】 チェックを入れてください。

- 銀行振込 楽天ID決済
 コンビニ(番号端末式) PayPay
 クレジットカード あと払い(ペイディ)
 代金引換

※各種お支払いに伴う手数料はお客様のご負担にてお願い致します。
※各種お支払い方法の詳細は、メディカルウェアジャパンHPの
ご利用ガイドご参照下さい。



株式会社ワーキングハセガワ
〒820-0604 福岡県嘉穂郡桂川町瀬戸156-1
URL: www.medical-wear.jp
E-mail: info@medical-wear.jp

ご注文専用電話番号

TEL **0948-24-8600**
平日 8:30-17:30

FAX専用ダイヤル

FAX **0948-23-4674**
24時間受付