

# FAX お申し込み書

必要事項をご記入の上、ファックスにて下記まで送信ください。

24時間  
OK!

## ご注文

商品名	価格	お申込数量	合計金額
C7 (1シート4カプセル入り)	4,000円 (税込み)		円

## お申込み

氏名	
送り先住所	(郵便番号 - )
電話番号	
FAX番号	

【備考欄】

### ■ 代金のお振込みについて

代金はファックス送信後7日以内に、下記までお振込みください。

お振込み金額は、ご注文の合計金額です。(振り込み手数料はご負担ください) なお、送料は無料です。

【お振込先】

銀行名	三菱東京UFJ銀行
支店名	浦安支店
口座種別	普通預金
口座番号	0839467
口座名義	有限会社メディケアネット代表取締役田所総
口座カナ	ユ) メディケアネット

【FAX送信先】

# 047-351-8597



有限会社メディケアネット

〒279-0022 千葉県浦安市今川 2-15-38 サンライズ今川ビル 2階  
TEL: 047-351-8598