FAX番号　072-275-7231

タクトライフサポート紙おむつ注文書

決定番号(給付券に記載)	
お名前	
納品先住所	
連絡先	
配達希望日時	月　　日　　時　　分

ｶﾀﾛｸﾞ番号	商品名	金額(税込)	個数	小計
			合計	

注意：給付券1枚につき6,500円を超えた場合は、超過分が自己負担となります。

・必ず弊社より確認のご連絡を差し上げますので、ご連絡のつく番号の記載をお願い致します。
・商品の改良等により、入数・商品仕様・パッケージ等の変更の可能性がありますので
　あらかじめご了承ください。
・概ね一週間程度でお届けさせて頂きますが、欠品等によりそれ以上かかることもございます。
・配達希望日時に納品が難しい場合は、予めご相談させていただきます。