

FEED 注文書 FAX 0120-004-506

お客様番号 記入必須	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	ご注文日 (FAX送信日) 記入必須	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	送信枚数	<input type="text"/>	枚目 / 枚中	2枚以上の時に ご記入ください
---------------	----------------------	---	----------------------	--------------------------	----------------------	---	----------------------	---	------	----------------------	---------	--------------------

ご請求先	名称 記入必須	ご住所 〒						ご担当者様	
	TEL 記入必須							FAX	

お届け先 上記ご請求先と 異なる場合のみ ご記入ください	名称	ご住所 〒						
	TEL							FAX

必ずご記入ください			
	商品コード(7ケタ)	数量	
1	-		
2	-		
3	-		
4	-		
5	-		
6	-		
7	-		
8	-		
9	-		
10	-		
11	-		
12	-		
13	-		
14	-		
15	-		

ご記入は自由です【お客様控え欄】
商品名等 (当社では内容の確認は行っておりません。ご了承ください。)
お客様控え欄

FEED
メディカルケア
ネットストア

FEED メディカルケア

<https://medical-care.feed.jp>

関東(北関東および一部地域除く)のお客様は、
**朝10時までのご注文で
当日お届けします。**

送料について

注文金額合計
**10,000円以上(税別)の場合、
送料無料**でお届けします。

ご注文金額が10,000円未満(税別)の場合、
送料500円(税別)をいただきます。

【医薬品を初めてご注文されるお客様へ】
初回のみ「診療所開設届」等のコピーを注文書に添えてFAXでお送りください。詳しくはFEEDメディカルケアネットストアの「ご利用方法」→「医薬品のご注文」をご覧ください。

ご注文いただいた時点で、当社の利用規約に同意していただいたものとします。利用規約はネットストアでご確認いただけます。

消費税計算：当社では商品本体価格(税別価格)の合計に対して消費税を算出しております。そのため、「ご請求金額」と「個々の税込表示金額の合計金額」に差異が発生する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

無料サンプル申込欄			
	商品コード		
1	-		
2	-		
3	-		
4	-		
5	-		

- 無料サンプルをご希望の場合は、商品コードをご記入ください。
- 1回の無料サンプル申し込みは5点までとさせていただきます。
- 1商品につき1施設様1回限りとさせていただきます。

お支払い方法 下記に✓をご記入ください	
下記に記入がない場合は前回注文の支払方法を適用します。	
<input type="checkbox"/>	コンビニ・郵便局払い
<input type="checkbox"/>	代引き ※50万円以上のお支払いは代引きをご利用いただけません。

■すでに「口座振替」をご利用の方は記入不要です(お選びいただけません)。
■新規お申し込みの場合は「通信欄」にその旨をご記入ください。