

メディカルスマイル 注文書

FAX: 0120-3816-14

① お申込み日		年	月	日	② 売店名		219 済生会松山売店	
③ お客様 情報 欄	フリガナ				生年月日			
	氏名				様			
	住所 〒				大正・昭和・平成・令和			
	自宅 TEL				携帯			
④お届け先 <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 売店 (送料無料)					⑤主治医 (先生の指示でご使用いただく商品の場合)			
<input type="checkbox"/> その他 (備考欄にご記入ください)					科			
⑥ ご注文 文		商品番号	商品名			数量	金額 (税込)	
	1							
	2							
	3							
	4							
売店以外へのお届けで、8,000円 (税込) 未満のご注文は、別途送料 880円						合計金額		
⑦お支払い方法		どちらをお選びいただいても振込手数料無料						
		<input type="checkbox"/> 代金引換 (現金のみ) <input type="checkbox"/> コンビニ支払い <input type="checkbox"/> 郵便局支払い						
⑧お届け時間		<input type="checkbox"/> 時間指定なし <input type="checkbox"/> 8~12時 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時 <input type="checkbox"/> 19~21時						
備考欄								
ご注文後のお問い合わせは、こちらへお願い致します。								
<h2>メディカルスマイルコールセンター TEL:0120-3816-54</h2> <p>営業日: 月-金 9:00~17:00 休業日: 土日祝日・夏期 (お盆)・年末年始休み</p>								

メディカルスマイルは、病院内売店を運営する株式会社光洋の医療材料通販部門です。

【領収書について】

- 領収書の但し書きの代わりに、商品と同梱の納品書をご利用ください。
- 代金引換: 配達時にヤマト運輸から領収書をお受け取り下さい。
- コンビニ・郵便局支払: お支払い時に振込受領書をお受け取り下さい。(領収書の代わりとなります)