



# フォーカスメディカル FAX用オーダーシート

## はじめてご注文されるお客様へ

● はじめてご注文される場合はすべてご記入いただき、上記カスタマーサポートまでFAXをお送りください。  
※詳細は当社WEBサイト掲載の「ご利用ガイド」をご覧ください。

- ご注文が2回目以降のお客様は太枠内のみご記入ください。
- ご注文金額が15,000円(税別)未満の場合、送料1,000円(税別)【沖縄県は4,800円(税別)】、15,000~29,999円(税別)の場合、送料300円(税別)【沖縄県は4,100円(税別)】、30,000円(税別)以上の場合、送料無料【沖縄県は3,800円(税別)】となっております。
- FAXご送信後はご注文内容の変更・追加および取消はできませんのでご注意ください。

- 16:00までのご注文は当日出荷、16:00以降のご注文は、翌営業日の出荷となっております。なお、ご注文やお問合せが殺到する場合、当日出荷の締切時間を早めさせていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- 毎週木曜日16:15以降は価格変動の可能性がございますので、ご注意ください。

医療機関コード ※ご記入は任意	ご担当医師名 ご担当薬剤師名	
医療機関名/会社名	仕入担当者様：	
お届け先電話番号 (      )      -	FAX番号 (      )      -	
〒 □□□-□□□□ □□□□ お届け先住所	※個人宅のご住所・お電話番号での受付は承っておりません。	
メールアドレス ※携帯アドレスは不可	※メルマガ配信希望の場合は必ずご記入ください。 @	
各種サービスの 申込・変更 ※詳細は当社WEBサイトをご覧ください。	FAX 価格情報 ( 申込・不要 )	メルマガ 価格情報 ( 申込・不要 )      クロネコ決済サービス ( 申込・不要 ) サービス資料

## 配達指定日 ※ご指定がある場合のみご記入下さい。

□□	月	□□	日
----	---	----	---

■ ご指定いただけるのは、出荷日含む  
4営業日以内(土日・祝日含まず)です。  
※お届け時間のご指定は承っておりません。  
※ご記入の無い場合は通常のお届けスケジュールとなります。

## お支払方法 ※今回のお支払い方法にをご記入ください。

- 掛払い
- 現金代引

■ 掛払い(クロネコ決済サービス)を希望の方は  
事前にご登録が必要です。  
まずは資料請求をお願いします。

## [ご注文記入欄]

No	お申込番号(※必須)	発注数(※必須)	税別単価	MEMO
1	-			
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			
6	-			
7	-			
8	-			
9	-			
10	-			
11	-			
12	-			
13	-			

※税別単価とMEMO欄はお客様控えとしてご利用ください。当社では確認等を行いませんので、ご了承ください。  
※ご注文金額は、出荷手配のできる商品の合計金額となっており、品切れ商品の金額は含まれませんので、ご注意ください。

通し番号記入欄



(記入例 1/2)

ご注文金額 **3万円以上(税別)** **配送料無料!!** ※

※沖縄県のお客様は、3,800円(税別)の送料をご負担いただきます。

ご注文ありがとうございます。  
ご注文の前にお申込番号、発注数、  
お電話番号などもう一度ご確認ください。

コピーしてお使いください。