

注文書



お申し込み日 平成 年 月 日

ユコーへのご注文回数 初めて 2回以上/前回注文日 (年 月)

フリガナ			お誕生日
氏名	様		・大正・昭和・平成 年 月 日
自宅住所	〒	電話番号 ()	
自宅と異なる 場合の届け先	〒	電話番号 ()	
注文内容の確認等で 日中連絡がつくお電話番号	①勤務先・その他 ()		②勤務先・その他 ()
病院名	主治医		手術日
手術部位/1.左 2.右 3.両方 手術法/1.拡大 2.定型 3.非定型 4.温存 5.再建			

*品番・サイズ・色が前回と同じものをご希望の場合 同じと記入してください

	品名	品番	サイズ	色	数量	単価	合計金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
						合計金額	

*商品代金には別途送料をご負担いただきます。

(商品代金が52,500円以上の方は送料サービスとなります。)

*お支払い方法 代金引換とクレジットカードがご利用になれます。
※代金引換の手数料はユコーが負担いたします。
※クレジットカードでのお支払いをご希望の場合はお問い合わせください。

*お届け方法 宅配 郵便

ご要望欄

--	--	--