



器具シャープニングサービス 申込書

お客様番号 記入必須 -

ご注文日 (FAX送信日) 記入必須 月 日

送信枚数 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	〒 <input type="text"/>	ご住所 <input type="text"/>	ご担当者様
	TEL 記入必須	<input type="text"/>		FAX <input type="text"/>

お届け先 <small>上記ご請求先と異なる場合のみ ご記入ください</small>	名称	〒 <input type="text"/>	ご住所 <input type="text"/>
	TEL	<input type="text"/>	

必ずご記入ください		[お客様控え欄] お客様の控えとしてご利用ください。当社では内容の確認は行っていません。				
サービスコード	本数	器具メーカー	型番	@サービス料	小計	
1	-					
2	-					
3	-					
4	-					
5	-					
6	-					
7	-					
8	-					
9	-					
10	-					

◎総額**4,800円未満(税別)**の場合は、**送料**が必要です。 **送料:500円(税別)**
 ・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。

荷造送料

合計

別途消費税が加算されます。

【お申し込み方法】

- 申込書に必要事項をご記入ください。
 - サービス内容の詳細・サービスコードは、器具シャープニングサービス(P1046~1047)をご確認ください。
 - ※記載のないインストルメントに関しては、「カスタム・サービスデスク」TEL 0120-004-502までお問い合わせください。
 - 器具メーカー名、型番がわからない場合でも、空欄のままでお申し込みいただけます。
 - ※空欄の場合、メーカーにて器具の種類を確認し、該当するサービス内容と料金で対応いたします。
- 申込書(またはコピー)と器具と一緒に、下記の宛先までお送りください。
 - 器具は必ず洗浄・滅菌の上、滅菌バッグに入れた状態でお送りください。
 - 搬送途中に器具を傷めることがないよう、梱包材などで保護してください。

申込書 器具送付先 **〒231-0816 神奈川県横浜市中区南本牧3-8**
フィード横浜DC「器具シャープニングサービス」係宛
TEL 045-662-4528

【お届け日】 お申し込み後、約1カ月でお届けいたします。

通信欄

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。**

コンビニ・郵便局払い

代引き

クレジットカード

FAX注文でクレジットカードをご利用いただくには事前登録
が必要です。申込書送付をご希望される方は下記□に✓
をご記入ください。

クレジットカード支払い申込書
送付を希望する。

■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。