

ご注文フォーム

★下記項目にご記入をお願いします。

*は必須項目となっておりますので、必ずご記入をお願いします。

ご本人について	*フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男女	
	*お名前		*電話番号	()		
	*ご住所	〒 - 都道府県				
	手術を受けた日	年 月	*ストーマの種類	コロストミー・ウrostミー・イレostミー		
	病院名		病棟名			

ご注文の商品	メーカー	<input type="checkbox"/> コンバテック <input type="checkbox"/> アルケア <input type="checkbox"/> ホリスター <input type="checkbox"/> コロプラスト <input type="checkbox"/> その他			
	商品名		規格		
	商品の発送先	ご自宅 その他 ()			
	お届けの時間指定	無し 有り (午前中・14時・16時・18時・20時以降)			

★ご記入いただく個人情報の取り扱いについて★

- 1.この申込書にご記入いただいたお客様の個人情報は、弊社からお客様への商品の配送、新製品のご案内や特典などのサービスの提供を行う目的のみに使用いたします。
 - 2.登録させていただいたお客様の個人情報は、当社の個人情報保護方針・規程に基づいて厳密な管理と取り扱いを行います。
 - 3.ご案内の送付業務を他社に委託する場合に個人情報を預託することがあります。その場合は、信頼できる業者選定を行ったうえ、データの受け渡し他を厳密に管理いたします。
 - 4.登録内容のご確認や訂正等については下記のお客様相談窓口にて迅速に対応いたします。
- その他の苦情やお問い合わせについても下記窓口までご連絡ください。



株式会社 大一器械

〒771-0185 徳島市川内町平石若宮340

TEL (088)656-8103

営業時間: 9:00~17:30(土日祝休)

FAX (088)656-8151