

申し込み用紙

記入日 年 月 日

必須 ふりがな

必須 どちらか〇を付けてください

必須 例)1980年 9月 10日 西暦でご記入ください

お名前 _____ 性別 男・ 女 生年月日 _____ 年 月 日

必須 〒

住所 _____ 電話番号 _____

◎給付金について

自己負担で購入 給付金を利用する
給付金をご利用の場合は給付対象月をご記入ください _____ 月 または _____ 月～ _____ 月

◎お支払いについて

郵便振込(商品発送時に振替用紙を同封いたします)
 口座自動引き落とし(阿波銀行・ゆうちょ銀行・その他の金融機関)
※口座引き落としを初めてご利用になる方には申し込み書を同封いたしますのでご返送ください。なお、手続き完了までは振替用紙を同封いたしますので郵便振込をお願いいたします。その他の金融機関からお振込みいただく場合には納品書に記載の銀行口座へお願いいたします。

◎お届け先について

上記と同じ住所でよい 上記以外(下記にご記入下さい)

必須 ふりがな

必須

必須 〒

お名前 _____ 電話番号 _____ 住所 _____

時間指定配送を希望しない 時間指定配送を希望する

☆時間指定をご希望の場合は下記のいずれかに〇をつけてください

午前中・14時～16時・16時～18時・18時～20時・19時～21時

★ご注文の商品★

商品名	規格(サイズ・色)	数量

★ご記入いただく個人情報の取り扱いについて★

- この申込書にご記入頂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。
- 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。
- 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上データの受け渡し他を厳密に管理致します。
- 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。

徳島本社

営業時間：9:00～17:30 / 土日祝休
(ご来社は17時まで)

☎ / 088-656-8103

☎ / 088-656-8151

香川営業所

営業時間：9:00～17:30 / 土日祝休
(ご来社は17時まで)

☎ / 087-865-7233

☎ / 087-865-3289



医療・科学・福祉

株式会社 大一器械