

お取寄せいただいたメーカーカタログに掲載の商品については、このシートでお尋ねください。

介護用食器お問い合わせシート

〈ケアたのめーるのみ〉

◆内容確認やご注文方法等のご案内のためFAX受信後にご連絡します。 33

※こちらはご注文シートではありません。※回答に数日かかります。当シートでお問い合わせ後にお申込番号をご案内いたしますので、Web又はFAXにてご注文ください。※黒のボールペンまたはサインペンではっきりとご記入ください。

送付枚数	/
------	---

No	カタログ名	品番	品名	色	ご希望数量
1	※弊社使用欄				
2	※弊社使用欄				
3	※弊社使用欄				
4	※弊社使用欄				
5	※弊社使用欄				
6	※弊社使用欄				

※回答までに数日お時間を要する場合がございます。 ※メーカー発送単位の都合上、お客様ご希望数量に沿えない場合もございます。
※メーカー都合にて、お問い合わせ商品のリニューアルもしくは販売終了となる場合がございます。

必ずご記入ください

お客様 コード(必須)											お問い合わせ日	年	月	日
貴社名														
ご注文 担当者名	部署名										お名前			
ご登録 電話番号											FAX番号			
メール アドレス														

個人情報の 利用目的について

当社は、本注文書にご記入いただいたお客様の個人情報を、ご注文の確認、商品配送、ご請求、問い合わせ対応、カタログのご提供、商品のご案内を目的として収集させていただきます。なお、商品手配・修理等の業務委託先に、いただいた個人情報を預託させていただきます。収集目的にご同意の上ご注文をお願いいたします。個人情報に関する詳しい説明・お問い合わせ窓口等につきましてはケアたのめーるvol.33 P.485をご覧ください。

お問い合わせ
はこちら

FAX  0120-881-047

〈たのめーるインフォメーション〉
月曜～金曜 午前9:00～午後6:00
(祝日を除く)

TEL  0120-570-184