

セラ水購入申込書

平成 年 月 日

財団法人予防医学会

理事長 土井 俊 廣 殿

申込者 住 所

氏 名

㊟

電話番号

FAX 番号

次のとおり購入したいので申込みします。

| | | | |
|-------------|---|--------|--|
| 購入する商品名 | セラ水 20リットル 単価 3,900円 (税込価格) | | |
| 購入数 | 個 | | |
| 発 送 先 | ふりがな 氏 名 | 電話番号 | |
| | | FAX 番号 | |
| | 住 所 | 〒 | |
| お届け希望日 | 月 日 | | |
| お届け希望時間 | いつでも・午前中・12～14時・14～16時・16～18時・18～20時・20～21時 | | |
| メモ | | | |

※ セラ水は代金引き換えでお送りいたします。
その際、送料及び代引き手数料は別途ご負担していただきます。