

DENBA Health 注文書

注文日 / _____ 年 _____ 月 _____ 日

成績月()月

下記の通り注文致します。

商 品 名	注文台数	注 文 金 額					
DENBA Health(スタンダード) 標準価格 ¥540,000	台	¥					
DENBA Health(ハイグレード) 標準価格 ¥900,000	台	¥					
合 計	台	¥					

【お支払い方法】 いずれかを選択してください。

銀行振込	カード払い(VISA/マスター)	クレジット申込
------	------------------	---------

ご注文者	資格	愛用者・販売店・代理店・特約販社 (○をつけてください)					
	フリガナ		TEL	-	-		
	氏名						
	住所	〒 □□□ - □□□□□					
商品送付先	フリガナ		TEL	-	-		
	宛名						
	住所	〒 □□□ - □□□□□ ※ご注文者と同じ場合は、未記入で結構です。					
	備考欄	※ご注文者の登録住所以外へ送付の場合は、その理由をご記入ください。					

紹介者 (愛用者・販売店)	販売店名
氏名	
電話 ()	

代理店名	特約販社名
------	-------

≪銀行振込の場合≫ 代金は、電信扱いにて下記の振込先へお振込みください。尚、お振込手数料はご負担ください。

振込先: 十六銀行 羽島支店 普通 1397733 株式会社 高陽社

●上記注文分を _____ 銀行・信()・農協 _____ 支店より、**注文者名義**で _____ 月 _____ 日付にて振込みました。

〔プライバシーポリシー〕 弊社ホームページをご参照ください。(http://www.koyo-sha.jp)