

FAX 送信先:03-6800-3976

法人用 FAX 注文書 (Z400-Mask=高性能ナノファイバーマスク)

ご注文日: 年 月 日

ご注文者名

フリガナ		電話番号	
お名前 (法人名等)		FAX 番号	
ご担当者名		部署名	
E-mail			
ご住所	〒		

お届け先 (お届け先がご注文者名と同じ場合は、記載不要です。)

フリガナ		電話番号	
お名前 (法人名等)		FAX 番号	
ご担当者名		部署名	
E-mail			
ご住所	〒		

ご注文方法及び内容

ご注文は、箱単位 (12 枚入り) となります。ご希望の箱数をご記載ください。1 回あたり、5 箱以上のご注文の場合、配送料は無料とさせていただきます。

◎1 回あたり、10 箱以上のご注文をされる場合は、お値引きの対象となります。予め、株式会社未来にご連絡ください。
(ご注文をご希望される商品名の左欄に「○」の印を付けてご注文ください。)

○ の印	商品名	セット数	金額 (税込)	備考
	Z400-mask (L) (1 箱=12 枚入り)	箱	円	1 箱 : 26,400 円 (税込) ※1 枚 : 2,200 (税込)
	Z400-mask (M) (1 箱=12 枚入り)	箱	円	
	Z400-mask (S) (1 箱=12 枚入り)	箱	円	
	Z400-mask (XS) (1 箱=12 枚入り)	箱	円	
合計⇒		箱		円

**お支払方法等 (ご注文者様へのお知らせとお願い) **

◇お支払方法: 銀行振込 ◇銀行振込口座: みずほ銀行 横山町支店 普通 2262834 口座名義: 株式会社未来
 ※お支払期限日: 初回のみ前払いとなります。次回からは当月締め翌月 20 日迄のお振込をお願い申し上げます。
 ※振込手数料: ご注文者様のご負担とさせていただきます。
 ※配送料: ご注文者様のご負担とさせていただきます。(配送料は一律 800 円。但し、島嶼部除く)
 ※当該納品書・当該請求書等は、商品と一緒に同梱させていただきます。

Z400-mask 企画・販売: 株式会社未来 東京都中央区築地 4-4-14 ラフィネ東銀座 707
 電話: 03-5148-1007 FAX: 03-6800-3976