

FAX 申込み書

フリーダイヤルFAX 0120-517-993

ご注文日	年 月 日 ()	TEL	
お名前		FAX	
ご住所 (お届け先)	〒 - 県・道 市・区 府・都 郡		

食 種	糖尿病系療養食			腎臓病系療養食			塩分制限食			健康維持食			糖尿病から腎臓病の合併症		
食 種 (○囲い)	カロリー調整食200			たんぱく調整食9g			塩分制限食			バランス栄養食			カロリー・たんぱく調整食		
	カロリー調整食240			たんぱく調整食20g											
	お急ぎ	定期 (毎週)	試食 (初回)	お急ぎ	定期 (毎週)	試食 (初回)	お急ぎ	定期 (毎週)	試食 (初回)	お急ぎ	定期 (毎週)	試食 (初回)	お急ぎ	定期 (毎週)	試食 (初回)
6食	¥4,700	¥4,465	¥3,600	¥5,200	¥4,940	¥3,600	¥4,800	¥4,560	¥3,600	¥4,500	¥4,275	¥3,600	¥5,500	¥5,225	¥3,600
8食	¥6,200	¥5,766		¥6,900	¥6,417		¥6,300	¥5,859		¥5,900	¥5,487		¥7,200	¥6,696	
10食	¥7,200	¥6,480		¥8,300	¥7,470		¥7,300	¥6,570		¥6,800	¥6,120		¥9,000	¥8,100	
12食	¥8,500	¥7,480	¥7,200	¥9,800	¥8,624	¥7,200	¥8,600	¥7,568	¥7,200	¥8,000	¥7,040	¥7,200	¥10,680	¥9,398	¥7,200
14食	¥9,700	¥8,245		¥11,300	¥9,605		¥9,800	¥8,330		¥9,100	¥7,735		¥12,320	¥10,472	

お支払方法お選びください ① 代金引き換え(代引き手数料弊社負担) ② 銀行振込み(振込手数料お客様ご負担)
銀行振込みの場合の請求先様 ① 配送先様 ② お申し込み者様(お申し込み者様のご住所・電話を下記にお書き下さい)

食セットと定期・1回・試食さらに価格を○で囲って下さい(合計3箇所を囲って下さい)
オプションで「刻み食」も賜ります。
「刻み食」の加工価格は各料金に1000円がプラスされます。

- * 申し込みは毎週火曜日が締め切りです。
- * 定期コースの休止も火曜日までをお願いいたします。
- * 定期コースの方は毎週自動的に配送いたします。
- * お支払いは、「代金引換払い」をお願いいたします。(手数料当社負担です)
- * 商品はお申し込みいただいた翌週の週末に届きます。(日程は献立表に表記)

ご希望のお届け日や時間帯をお書き下さい

配送指定日 月 日 (曜日)
配送指定時間 午前中 12~14時 14~16時 16~18時 18~20時 20~21時

お申込み者名 様
銀行振り込みで、お支払者になられる場合は請求書送付先をお書き下さい

銀行振り込み口座
銀行名 足利銀行 西那須野支店 店番号 183
口座名 株式会社 メディカルケアーズ
口座番号 決済用普通預金 3552292

〒 -
ご住所
ご連絡電話番号

TEL 0120-517-993
メディカル・クック宅食便