

メディカル・クック宅食便 行

ご注文日 年 月 日

お申込者氏名:	お届け先氏名:
ご住所:〒	ご住所:〒
電話番号: - - FAX: - -	お届け先電話番号: - -

1. [お食事のタイプ]、[コース]、[価格]の3箇所を○で囲ってください。

お食事のタイプ	糖尿病食200タイプ			腎臓病食 減塩タイプ			塩分制限食タイプ			バランス栄養食タイプ			糖尿病性腎症食 減塩タイプ		
	糖尿病食240タイプ			人工透析食 減塩タイプ			1回	定期	お試し	1回	定期	お試し	1回	定期	お試し
コース	1回	定期	お試し	1回	定期	お試し	1回	定期	お試し	1回	定期	お試し	1回	定期	お試し
6食セット	¥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食セット	¥6,200	¥5,766		¥6,900	¥6,417		¥6,300	¥5,859		¥5,900	¥5,487		¥7,200	¥6,696	
10食セット	¥7,200	¥6,480		¥8,300	¥7,470		¥7,300	¥6,570		¥6,800	¥6,120		¥9,000	¥8,100	
12食セット	¥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食セット	¥9,700	¥8,245		¥11,300	¥9,605		¥9,800	¥8,330		¥9,100	¥7,735		¥12,320	¥10,472	

※表示価格には、税・送料・代引手数料が含まれています。

定期お届けコースの場合、更に「お届け間隔」を○で囲ってください。

毎週1回

2週間に1回

3週間に1回

4週間に1回

毎月1回

- \* 苦手な食材や料理、アレルギー症状をお持ちの方には、代替りの商品をお届けします。
  - \* 噛む機能が弱い方には、すべてのお食事メニューで「刻み食」「一口大」もお作りします。
- ※ご注文いただきましてからの特殊調理(1食あたり100円プラス)になるため、即日発送はできませんので、予めご了承ください。

### 定期お届けコースのお客様へ

2回目以降は、ご指定日にお届けしますので、ご注文は不要です。また、お届け変更・お休み・解約につきましては、金・土曜日をお届け希望日にされている方は到着週の月曜日までに、日～木曜日をお届け希望日にされている方は到着前週の月曜日までにお知らせください。

なお、キャンセル料は一切かかりませんので、ご安心ください。

2. お支払い方法をお選びください。

- ① 代金引換(代引手数料は弊社負担)      ② 銀行振込(振込手数料はお客様ご負担。商品到着後、1週間以内に弊社指定の口座にお振込みください。)

※銀行振込の場合、請求先をお選びください。

- ① お届け先様      ② お申込者様

お振込口座

銀行名 足利銀行 西那須野支店  
 口座名 株式会社 メディカルケアーズ  
 口座番号 普通 3552292

3. ご希望のお届け日と時間帯をご記入ください。

お届け希望日 月 日(曜日)  
 お届け希望時間 午前中 12～14時 14～16時 16～18時 18～20時 20～21時

備考欄(お客様からの連絡事項などございましたら、こちらにご記入ください。)