

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											
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	¥5,034	¥4,792	¥3,700	¥5,548	¥5,281	¥3,700	¥5,136	¥4,890	¥3,700	¥4,828	¥4,596	¥3,700	¥5,857	¥5,574	¥3,700
8食セット	¥6,577	¥6,130		¥7,296	¥6,799		¥6,680	¥6,226		¥6,268	¥5,844		¥7,605	¥7,087	
10食セット	¥7,605	¥6,864		¥8,737	¥7,883		¥7,708	¥6,957		¥7,194	¥6,495		¥9,456	¥8,531	
12食セット	¥8,942	¥7,893	¥7,090	¥10,279	¥9,070	¥7,090	¥9,045	¥7,984	¥7,090	¥8,428	¥7,441	¥7,090	¥11,184	¥9,866	¥7,090
14食セット	¥10,177	¥8,680		¥11,822	¥10,079		¥10,279	¥8,767		¥9,560	¥8,156		¥12,871	¥10,970	

※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。

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、配達日の10日前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。ご注文後7日以内に当社指定の口座にお振込みください。振込確認後、2営業日以内に発送いたします。)

※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

14~16時

16~18時

18~20時

19~21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。)