Apple-Pie
Functional Apparel
アップルパイ看護ユニフォーム

注文書

FAX宛先 ► 050-1336-3370

年　月　日

お名前	病院・クリニック等の名称
送り先（病院・自宅 ・・・どちらかを○で囲んで下さい） 郵便番号 ご住所	
電話番号 ー ー	メールアドレス @
FAX番号 ー ー	
お支払方法　代金引換便（現金で）　代金引換便（クレジットカードで）　銀行先振込　・・・いずれかを○で囲んで下さい）	

※FAXでのご注文の場合は代金引換便または銀行先振込となります。
コンビニ決済、オンライン決済（クレジットカード）をご希望の場合は、ホームページ、または携帯サイトからご注文下さい。

※サイズは日本の女性サイズです。（チェロキーなどのアメリカ製よりかなり小さいです。）
日本の従来の白衣と同じサイズをお選び下さい。

○は無地ワッペンタイプ

#	柄	カラー	価格（税込）	S	M	L	LL	EL	計
例 CD1	チップ＆デール	ベージュ	\4,320		1	2			3

通信欄

合計金額	
商品代金	円
送料	円
代引手数料	円
計	円

となります。