

キャプス商品注文書

※この注文用紙をコピーの上、ご利用ください。

2枚以上のご注文は通し番号をご記入ください。

ご注文日	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

枚目 / 枚中

*ご住所 〒	—	都道府県
貴事業所名1		
貴事業所名2		
*TEL		
FAX		
*御発注者名		

支払方法をお選びください。

を入れてください。

がない場合は「コンビニ振込」となります

コンビニ・郵便振込 (手数料無料)

代引

(代引手数料324円(300円税抜)はお客様負担です)
沖縄及び離島の方はお取り扱いできません。

銀行引落

別途申込が必要です。手続きに1~2ヵ月かかりますので手続き完了後のご注文からになります。

*は必須項目です

■裏面の「個人情報の取扱いについて」をお読みいただき、同意の上でご注文ください。

品番 左詰めでお書きください	品名	数量 ご注文の数量をお書きください	備考 単価等お客様控えとして ご利用ください
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8	9 9 9 9 0 0 キャプス商品カタログ(無料)	冊	


FAX

0120-47-1704

～会員ランク割引について～ ※会員ランク割引についてはカタログ等でご確認ください。

- 一部割引対象外商品があります(ケア手帳カバーなど)

今後の商品開発に関するご意見・ご要望をお書きくださいませ。

- お問い合わせは忘れはございませんか? ご記入漏れはございませんか? 今一度ご確認ください。 2017.6
- 送料は、単品1,000円以下の商品1点の場合450円、2点以上650円となります。(手帳、コード表は一律450円)
- 1回につき税込1万円以上のご注文は、送料を当社で負担させていただきます。
- お支払いは商品が届き次第、1週間以内に同封の振込用紙でお支払いください。
- 返品・交換は、購入後1ヶ月以内で未開封、未使用のものに限らせて頂きます。お手数ですがまずは弊社までご連絡くださいませ。
なお、お客様のご都合による返品・交換は、送料、手数料ともにお客様ご負担でお願いいたします。
配送途中の汚れ、破損などの事故がございましたら、弊社までご連絡ください。送料・手数料ともに弊社負担で早急にご送付いたします。
- 【連絡先】キャプス(株式会社タニシ企画印刷内) <http://www.caps-shop.jp/>
〒730-0845 広島市中区舟入川口町4番2号 TEL 0120-74-7675 FAX 0120-47-1704
- ご記入されましたお客様の個人情報は商品の発送と新商品のカタログ送付以外には使用いたしません。

今後キャプスからお客様宛に介護に役立つさまざまな案内等を送らせていただく場合がございます。なお、お客様の情報に関してはキャプス内でしっかり管理をし、外部に流出は一切いたしません。もしキャプスからのご案内をご希望でない場合は、誠にお手数ですが右の案内拒否欄に×印をご記入してお知らせくださいますようお願い申し上げます。

案内拒否欄