

キャプス 手帳予約注文書

*ご住所 〒	都道府県 (勤務先・自宅)	2枚以上のご注文は通し番号をご記入ください。
		枚目 / 枚中
*貴事業所名1		ご注文日 年 月 日
貴事業所名2		支払方法をお選びください。
*TEL		☒ 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。
FAX		☐ コンビニ・郵便振込 (手数料220円)
*御発注者名		☐ 代引 (手数料330円) 沖縄及び離島の方はお取り扱いできません。
		☐ 銀行振込 (手数料お客様負担)
		☐ 銀行引落 (事前登録の方のみ) 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。
		※ショッピングサイトではクレジット決済が可能です。

*は必須項目です (ご自宅への発送の方は事業所名のご記入は不要です) 電話番号のご記入がない場合はお届けできないことがございます。

■「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	品名	色・柄	注文数量	備考 単価等お客様控えとして ご利用ください
J270510-02	ケア手帳 横	② 紺	1	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

※すべての商品が揃い次第の発送となります。別送をご希望の場合は、別途、送料・手数料がかかりますのでご了承ください。

備考

↑ FAX 0120-47-1704

※送信エラーになる場合は、FAX番号の前に「186」を付けて送信してください。

- お買い求め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。 2026.7
- 送料は、1回につき税込15,000円未満のご注文の場合一律660円(手帳、コード表は一律550円)、税込15,000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。
- 小型商品のみのご注文の場合はポスト投函となることがございます。
- 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新品をご送付いたします。
- 【連絡先】キャプス (株式会社タニシ企画印刷内) <https://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ご案内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。

■個人情報の取扱いについて■

ご提出いただいた個人情報は、商品の発送・アフターサービス・商品案内等に利用させていただき、第三者への提供はありません。商品の発送業務の一部を外部業者へ委託し、当該委託先に必要な範囲で個人情報の取扱いを委託します。個人情報のご提出は任意ですが、ご提出いただけない場合は利用目的に記された各種サービスを受けられません。開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めについては遅延なく対応いたします。 お問合せ先: (株)タニシ企画印刷 個人情報保護管理者 総務経理課 電話:082-532-1315