

FAX 専用注文書

FAX ☎ 0120-517-993 (365日24時間受付)

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: ご住所:〒	お届け先氏名: 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。

タイプ	糖尿病食200			腎臓病食 減塩			塩分制限食			バランス栄養食			糖尿病性腎症食 減塩			やわらか食		
	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	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	1回	定期	お試し
6食	6,540	6,270		7,130	6,830		6,660	6,380		6,310	6,040		7,290	6,980				
7食			4,880			4,880			4,880			4,880			4,880			
8食	8,330	7,810		9,160	8,590		8,450	7,920		7,970	7,480		9,250	8,670				
10食	9,520	8,660		10,820	9,840		9,640	8,770		9,040	8,240		11,330	10,290				
12食	11,060	9,850		12,600	11,200		11,180	9,950		10,460	9,330		13,270	11,800				
14食	12,490	10,760	9,200	14,380	12,370	9,200	12,600	10,850	9,200	11,780	10,160	9,200	15,170	13,040	9,200			
21食	18,730	16,130		21,580	18,560		18,900	16,280		17,660	15,220		22,750	19,550				

※表示価格には、税・送料・代引手数料が含まれています。
 ※苦手なものがある方はお知らせください。
 ※21食セットは同じメニューが重複しますので、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、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。

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

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。ご注文確認後、2営業日以内に発送いたします。)

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。)

メディカル・クック宅食便

株式会社メディカルケアーズ

☎ 0120-517-993 | 受付時間: 月・火・木・金曜日 / 10:00~17:00 (祝祭日を除く)
 URL: <http://www.medical-cook.co.jp>
 e-mail: yumegenki@medical-cook.co.jp