

ジョイパッチ FAXご注文用紙

FAX. 03-3263-5337

ご注文日 (FAX 送信日)

月 日 送信

ふりがな お客様名 <small>(お使いになられるご本人様名)</small>	様 歳
--	-----

お送り先 *必須項目 建物名・部屋番号を 必ずご記入ください。	ふりがな お名前	様
	ご住所 〒	(様方)
	お電話番号	

ご注文確認用 FAX番号、もしくはメールアドレス *必須項目	
-----------------------------------	--

! ご注意 joypatch@ogura-megane.co.jp からのメールが受信できるよう設定をお願いします。

	絵柄	地の色				合計
		ピンク	イエロー	グリーン	ブルー	
両用	無地	個	個	個	個	
ラージサイズ	チェック	個		個	個	

※上記絵柄とカラーは 2021年 1月 8日現在の在庫でご用意できますバリエーションです。
在庫がなくなり次第、他の絵柄に変更されます。予めご了承ください。

ジョイパッチ税込価格と送料を合算したお振込額 *必須項目 ※お支払い方法の項目で金額をご確認ください。	円
--	---

通院されている病院名

<https://enfant-megane.com/item/201/>

FAX. 03-3263-5337

※FAXの送信間違えには十分ご注意ください。