

服薬支援箱「わたしのくすりばこ」ご注文書

(ご注文日 年 月 日)

【ご注文 FAX：0295-72-0992 又は

【ご注文 e-mail：watasino.kusuribako@gmail.com】

| | | | | |
|-----------------------------------|------------------|----------|------|------------------------------------|
| お名前 (薬局名、ご施設名) | | ご担当者様氏名： | | |
| 【送り先ご住所】 〒 | | | | |
| 電話番号： | | FAX: | | |
| e-mail | | | | 希望小売価格330円 (税抜き300円) |
| 規格 (個) | 税込単価 () は税抜き | 配送単価 | 送料 | 必要な箇所に☑を付けて下さい |
| 10 | 220 (200) | 2200 | 880円 | <input type="checkbox"/> 3080円 |
| 30 | 132 (120) | 3960 | 880円 | <input type="checkbox"/> 4840円 |
| 60 | 132 (120) | 7920 | 0円 | <input type="checkbox"/> 7920円 |
| 90+10 | 132 (120) | 11880 | 0円 | <input type="checkbox"/> 11880円 |
| 300 (250+50) | 132 (120) | 33000 | 0円 | <input type="checkbox"/> 33000円 |
| 合計 | | | | 金額 円 |
| *お試し30個 | 132 (120) 円 | 3960円 | 送料無料 | <input type="checkbox"/> 金額 3960 円 |
| 「お試し」は1店舗様 (1施設様) 1回限りとさせていただきます。 | | | | *有効期間2024年 12月末日 |

*ゆうちょ銀行のお振込み用紙を同封させていただきます。薬局名 (施設名) の記載をお願いいたします。

お手数料をおかけします1週間以内にお振込みをお願い申し上げます。

また、お振込み手数料は、ご負担いただきます様お願い申し上げます。

有限会社ビッグママ 「わたしのくすりばこ」担当：根田滋

お問い合わせ先 **ビッグママあこ薬局**

TEL0295-72-5569 FAX0295-72-0992

e-mail: bigmama@smile.ocn.ne.jp

又は watasino.kusuribako@gmail.com

常陽銀行 大子支店 店番：029

普通預金：口座番号1332326

ユウゲンガイシャ ビッグママ