

抗原検査キットご注文書

お申込受付日：令和 年 月 日

1袋（1回分）3,300円
1箱（10回分）33,000円

お申込 回分	回分	合計金額（税込）

お申込 人	ふりがな			
	氏名			
	法人名			
	住所	-----		
	電話		携帯電話	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 振込み <input type="checkbox"/> 現金			

※お届け先がお申込者様の住所・氏名でない場合は、お届け先欄に住所・氏名をご記入ください。
同一の場合は、お申込者様住所・氏名欄のご記入のみで結構です。
※送料がかかる場合は、着払いにて発送させていただきます。鹿児島市内は無料にて配達いたします。

お届け 先	ふりがな			
	氏名			
	法人名			
	住所	-----		
	電話		携帯電話	

●お支払い・ご精算について

お振込みは下記口座までお願い致します

鹿児島銀行 みずほ通支店 普通 3036451 株式会社フロムゼロ企画

※お振込手数料はお客様にてご負担ください