

令和 年 月 日

## カイジ注文書

お届け先をご記入願います。

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

ご注文は1箱単位でお願いします。

この注文書をプリント後、下の表の必要箱数、合計代金を記入していただき、はたのクリニック（下記住所）までご郵送いただくかFAXにてご注文下さい。電話注文も可能です。

注文後、下記振込先に、ご購入代金（単価 x 希望箱数）を振込願います。

振込後お電話ください。ご入金確認次第発送させていただきます。

ご不明の点は下記にご連絡ください。

品名（容量/1箱）	単価（税込）	必要数
1. カイジ顆粒（3g/包）30包入り：1箱90g入り 1回2袋 1日3回 毎食前	16,760円	箱
2. カイジ顆粒（20g/包）45包入り：1箱900g入り 1袋を3等分し、1日3回 毎食前に内服する。	120,000円	箱
3. カイジ顆粒（20g/包）90包入り：1箱1800g入り 1袋を3等分し、1日3回 毎食前に内服する。	220,000円	箱
<b>合計 代金</b>		<b>円</b>

一般的がん漢方の内服方法：1日18～20gを3回に分けて毎食前にお湯で溶いて内服する。

ご注文、お問い合わせは下記へお願いします

**はたのクリニック**

岐阜県可児市下切 3808-1

TEL：0574-62-7501

FAX：0574-62-7573

受付：午前9：00～12：00 午後16：00～19：00

：月～土（水、土曜日は午後休業）

振込先名義：ハタノ キヨシ

振込先 大垣共立銀行 可児支店 普通口座 口座番号 467319