

言語くん「会話支援ペンセット」FAX 注文書

お申込日	年 月 日 ()
氏 名	お客様 NO.
住 所	〒 _____ _____ _____
電 話	- -
商 品 名	言語くん「会話支援ペンセット」 9,000 円+税 セット内容（音声ペン/USB ケーブル/充電器/ 冊子「私と話してください」/ケース/取説） ※セット品についての送料は弊社負担で承ります。 ※商品発送時にゆうちょ銀行のお振込用紙を同梱させていただきます。
数 量	セット
お届け希望日 時間帯	年 月 日 () <input type="checkbox"/> 時間指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14-16 時 <input type="checkbox"/> 16-18 時 <input type="checkbox"/> 18-20 時 <input type="checkbox"/> 19-21 時
通 信 欄	_____ _____ _____ _____

株式会社 シマダ製作所

FAX:0274-73-3131