

お客様内容	お申込み者	配達先 ご住所	フリガナ 〒			様方
		お名前	フリガナ	TEL	()	
	携帯		()			
	赤ちゃんの お名前	フリガナ	お誕生日			
			予定日			
	内容確認ご連絡先 (上記と同じであれば不要)	ご住所	〒			様方
お名前		TEL	()			
出産 (予定) の産婦人科名						

	申込番号	商品名	期間 (レンタル)	色・柄	数量	金額
例	A9-3-9	すやすやクリア	6ヶ月		1	10,500円
例	A19-19-A	ベビーバスNE	3ヶ月	ピンク	1	1,890円
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

備考	
-----------	--

●必要事項をご記入の上、下記宛FAXにてお送り下さい。
 到着次第、確認のお電話を差し上げます。
 ●地域によっては配達希望日にお届けできない場合もございます。

受注日	/	扱い者
-----	---	-----