

Order Form 注文書

Kamada America
2018 156th Ave. NE STE 100
Bellevue WA 98007 U.S.A.
Toll-Free: 1-877-722-5769(PACKSOY)
Toll-Free Fax: 1-866-725-6256
http://www.kamadafoods.com

Please print clearly. ご連絡先を明記してください。

E-mail Address: _____

Date: / /

Customer Information 依頼主	Title/敬称	Mr. Ms. ()	Phone (Area Code)	Fax
	Sender Name ご芳名	First Name / 名		Last Name / 姓
	Address ご住所	Street		Apt, Unit, Ste
		City	State	Zip Code Country

Please print clearly. お届先を明記してください。

Product Code
商品コード

Quantity
数量

Amount (US\$)
金額

Receiver Information お受取人	1	Receiver Name ご芳名	Title/敬称	First Name / 名	Last Name / 姓														
		Address / 住所 <input type="checkbox"/> Same as sender ご自宅送り	Street		Apt, Unit, Ste														
		<input type="checkbox"/> Signature Option サインオプション	City	State	Zip Code														
			Phone (Area Code)	Fax ()															
	2	Receiver Name ご芳名	Title/敬称	First Name / 名	Last Name / 姓														
		Address / 住所 <input type="checkbox"/> Signature Option サインオプション	Street		Apt, Unit, Ste														
			City	State	Zip Code														
			Phone (Area Code)	Fax ()															
	3	Receiver Name ご芳名	Title/敬称	First Name / 名	Last Name / 姓														
Address / 住所 <input type="checkbox"/> Signature Option サインオプション		Street		Apt, Unit, Ste															
		City	State	Zip Code															
		Phone (Area Code)	Fax ()																

Please note that letters will be collected at our PO Box in WA, then shipped to Japan head office, so it may take 2 to 3 weeks to arrive. Please place an order by fax or by telephone if you would like your package to arrive in a short time.

郵便でのご注文の場合は、アメリカの私書箱経由で日本の本社に転送されてまいりますため、ご投函から、ご注文内容の確認までに2~3週間かかる事もございます。お急ぎの場合は、Faxまたはお電話でご注文いただけますよう、ご案内申し上げます。

Signature Option Charge サインオプション料																		
Total 合計																		

If you have any comments, please write them below.
ご連絡事項がございましたら、ご記入ください。

Please select a payment method. お支払い方法をお選びください。

お支払い方法 Payment	<input type="checkbox"/> VISA	Card Number / カード番号	_____ - _____ - _____ - _____
	<input type="checkbox"/> Master Card	Card holders name / 名義人様ご芳名	Expiry Date / カード番号: (MM/YY)
	<input type="checkbox"/> Check or Money Order 為替	Payable to KAMADA AMERICA. KAMADA AMERICA宛にお支払い下さい。	