

ご注文年月日： 年 月

FAX注文用紙

新規 ・ 継続

いずれかに○をつけてください。

| 商品番号 | 商品名 | サイズ/色 | 個数 | 価格 |
|------|-----|-------|----|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合計 | | | | |

| | | | |
|---------------|---------------------|---------------|----------------|
| フリガナ お客様氏名 | | | |
| フリガナ ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| メールアドレス | @ | | |
| お支払方法 | 銀行振込 | eコレクト(代金引換)現金 | eコレクト(代金引換)カード |
| 配達指定日時 | 日付指定： 月 日 () | | |
| | 時間指定： 午前 ・ 午後 時 ~ 時 | | |
| その他ご記入欄 | | | |

(注)太枠は全て必須になります。

| | | | |
|-----------------|---------------------------------|--|--|
| お届け先 | ご注文されたお客様の住所とお届け先が違う場合、ご記入ください。 | | |
| フリガナ お届け先様氏名 | | | |
| フリガナ ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |

株式会社 健康社

FAX番号 027-243-3710