

ドラッグヘルス(弊社店舗くすりのアンナチュール)宛 FAX 注文用紙

この用紙をプリントアウトしてご利用ください。同様の内容を手書きしていただいても構いません。

FAX 送信先 093-642-2355 (24時間受付中)

■ご注文者様記入

お名前	様		
ご住所	〒(-)		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			

※メールにてご注文の確認をご希望の場合はメールアドレスの記入は必須です。

■ご注文商品記入

商品名	単価	個数
	円	個
	円	個
	円	個
	円	個
	円	個

■お支払方法選択

- 代金引換(現金決済) 銀行振込(先払い) 郵便振替(先払い)
 クレジットカード決済(お届け時カード払い) デビットカード決済(お届け時カード払い)

※銀行振込、郵便振替をご希望の場合、ご注文確認時に振込先をお知らせいたします。

■お届け時間選択

- 希望なし 午前中 12~14時 14~16時 16~18時 18~20時
 19~21時

■ご注文確認方法選択

- 受注後 FAX で確認 上記 E メールアドレスにメール確認 確認不要

※銀行振込、郵便振替をご希望の場合、確認不要はお選びいただけません。

※送料全国一律 500 円。ご注文金額 10,500 円以上で送料無料です。(リスプラン、送料無料キャンペーンを除く)

※代金引換手数料 315 円。ご注文金額 31,500 円以上で無料です。(代引き手数料無料キャンペーンを除く)

※カード決済をご利用の場合、所定の代引き手数料(315 円~)のご負担をお願いいたします。

通信欄 (お届け先が異なる場合はお届け先情報を、その他ご要望等ございましたらご記入下さい)
