

F A X 注文用紙

ご依頼日 年 月 日

お客様情報					
氏名 (ふりがな)	性別 (男・女)				
住所	〒 -				
生年月日	西暦 年 月 日 (未成年の方はご利用できません)				
電話番号		F A X			
メールアドレス					
ご連絡可能通信	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 連絡不可				
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> コンビニ () カード番号 () 有効期限 () カード名義 () セキュリティコード ()				
お届け先変更	(お届け先が異なる場合のみ下記ご記入下さい)				
お届け先氏名					
お届け先住所	〒 -				
お届けまでのお時間	ご入金日(決済完了日)を目安に2週間から3週間程 ※稀に4週間程掛かる場合がございます。				
商品名	mg/%	錠	単価	数量	金額
10,000円以上のご注文で送料無料となります		送料	¥1,000-	合計	¥
備考欄 (ご不明な点がある場合のみご記入下さい)					

つるかめ薬局の利用規約に同意の上、お申込み致します。

つるかめ薬局

TEL 050-5806-2997

FAX 03-6701-2198