

FAX専用申込用紙

ご依頼日 年 月 日

*は記入必須事項です。

フリガナ				性別	
*お名前 (振り込み名義人)				様 男・女	
*ご住所		〒 — ※郵便番号は商品未着防止のためなるべくご記入下さい			
		フリガナ			
* い ず れ か 必 須	電話番号	—	—		
	FAX番号	—	—		
	Eメールアドレス	@			
* 銀行振込先・ご入金確認・荷物の追跡番号を弊社よりご連絡させていただきますのでご都合の良いご連絡方法をお選び下さい。(いずれか必須。あてはまる上記フォームにもご記入下さい)					
		<input type="checkbox"/> FAX		<input type="checkbox"/> Eメール	
※↓お届け先が上記ご住所と異なる場合にご記入下さい。空欄の場合は上記住所にお届けいたします。					
お届け先(お受取人)		フリガナ		様	
お届け先住所		〒 — ※郵便番号は商品未着防止のためなるべくご記入下さい			
		フリガナ			
電話番号		—	—		
商品名	mg/ml/%	錠/カプセル	単価	数量	金額
1			¥		¥
2			¥		¥
3			¥		¥
4			¥		¥
5			¥		¥
6			¥		¥
7			¥		¥
※セット商品は商品名に「〇〇セット」までご記入下さい。					
お支払い方法					
銀行振り込み(先払い)のみで追って口座詳細をお知らせ致します。					
初回登録の方は特典として500ポイント使用可能です。				使用ポイント	PT
ご依頼事項(あればご記入下さい)					

宛先FAX番号

03-4496-5052

※ご注文は当サイトの規約に同意した上でを行います。

世界の薬局
<http://w-d-s.asia/>

