

ご利用ありがとうございます

# FAX 専用注文書

ファックス送信方向

FAX : 03-5819-0825

■ご注文者情報 お客様のお名前、ご住所等をボールペンでご記入下さい。\*は必須項目です

お名前 *	フリガナ	性別	生年月日
		男・女	
電話番号 *	— —	FAX	— —
e-mail	@		
ご住所 *	〒		

■別配送先 お届け先がご自宅以外をご希望の方のみご記入下さい。

お届け先名	フリガナ	お届け先電話番号
		— —
お届け住所	〒	

■ご注文 ご希望の数量を記入して下さい（価格は税込みです）

	お試しセット(送料無料)		定期購入(送料無料)		今回のみ購入(送料 540 円)	
プロステビア	(5 包) 1,404 円	セット	(60 包) 11,880 円	箱	(60 包) 14,580 円	箱
プロ・プラセンタ	(4 包) 3,456 円	セット	(30 包) 17,960 円	箱	(30 包) 19,980 円	箱
プロ・プラセンタ			(10 包) 6,804 円	箱	(10 包) 7,560 円	箱
青汁・プロ			(30 包) 4,158 円	箱	(30 包) 4,644 円	箱

■お支払方法 ご希望のお支払い方法をお選びください。□欄をチェックして下さい

<input type="checkbox"/> 代金引換	<input type="checkbox"/> クレジットカード 一括払いのみになります	
	カード種類	VISA・MASTER・JCB・アメックス いずれかを○で囲んで下さい
<input type="checkbox"/> コンビ後払い	カード No.	
	カード名義人	お申込み者名義人とさせていただきます
	カード有効期限	年 月

■お届け希望時間

<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 14:00~16:00	<input type="checkbox"/> 16:00~18:00	<input type="checkbox"/> 18:00~20:00	<input type="checkbox"/> 19:00~21:00
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

■お体の気になる点について、差し支えなければお聞かせ下さい。

--



カイジン

〒130-0013 東京都墨田区錦糸 2-14-4 Tビル 301

TEL(フリーダイヤル) : 0120-941-744

■FAX送信先: 03-5819-0825 24時間ご利用いただけます