

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

## ■お客様お届け先

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（価格は送料を含んだ価格です）

	お試しセット		定期購入		1箱購入	
プロステビア	1,300円		11,000円	箱	14,000円	箱
プロ・プラセンタ	2,800円		17,500円	箱	20,500円	箱
青汁・プロ			3,000円	箱	4,300円	箱

## ■お支払方法

空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"/> 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	●

## ■お届け希望時間

<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 12:00~14:00	<input type="checkbox"/> 14:00~16:00	<input type="checkbox"/> 16:00~18:00	<input type="checkbox"/> 18:00~20:00	<input type="checkbox"/> 20:00~21:00
------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

## ■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。

--



カイシン

〒130-0012 東京都墨田区太平 3-3-12

アドバンス喜月ビル 2階 TEL : 0120-941-744

■FAX送信先: 03-5819-0825 24時間ご利用いただけます