FAX ご注文用紙

FAX 番号　０１２０－９９９－５５２

●ご注文者の情報

お名前　　ふりがな

ご住所　〒

電話番号　　FAX　　携帯電話

メールアドレス　　@

●お届け先がご注文者と異なる場合は下記にもご記入ください

お名前

ご住所　〒

電話番号

●お届け希望日時　（　　月　　日）

ヤマト

（午前中・12-14 時・14-16 時・16-18 時・18-20 時・20-21 時）

佐川急便

（午前中・12-15 時・15-18 時・18-21 時）

●お支払い方法（ヤーヤマト、佐ー佐川）

１．代金引換（ヤ・佐）　２．クレジット引換（ヤ・佐）　３．デビッド引換（ヤ・佐）

４．クレジットカード（ヤマトのみ 下記の「● ４.」にご記入ください。）

商品名	価格	商品名	価格

お買いあげ税込み 9500 円以上で送料・手数料サービス

(北海道・九州¥800 本州・四国¥610 沖縄¥900 東京 23 区¥510 代金クレジット引換 ¥300)

● ４．クレジットカードでのお支払いの場合は下記にもご記入ください。

カードの種類

（JCB・VISA・MASTER・DC・UC・三井住友クレジット・UFJ ミリオン・

ダイナース・クレディセゾン・日本信販 NICOS）

カード番号　　－　　－　　－

カード名義　　(例：HIROSHI IIJIMA)

有効期限　　月　　20　　年

(例：クレジットカードに 10/02 と表示されている場合、有効期限は 10 月 2002 年)

●領収書（要・不要）宛名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　但し書＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●受注・発送などのご連絡方法　メール・FAX・電話・不要

仁生堂薬局　　〒120-0034　東京都足立区千住 1-19-8　TEL　０３－３８８１－２２７３

FAX 番号　０１２０－９９９－５５２