

# FAX御注文書

平成 年 月 日

メディカルサプリメント株式会社 宛  
Tel 0800-200-9699

FAX 089-969-0970 (24時間受付)

ご記入いただきました情報は、商品の発送および、お客様の情報管理のみに利用させていただきます。

- ❖ どちらかにチェック✓をつけてください。  はじめての御注文  再注文
- ❖ 下記の項目に記入漏れのないようご記入ください。

お客様情報	フリガナ お名前		
	〒 - ご住所		
	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス @		
	上記、お名前・住所以外のお届け先をご希望の場合は、下記にご記入ください。		
	お届け先氏名		
	〒 - お届け先住所		
	電話番号	FAX番号	
	お支払い方法 <input type="checkbox"/> 銀行振込(みずほ銀行 松山支店 普通 2094803) <input type="checkbox"/> 現金代金引換		
	配達希望日 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり 年 月 日		
	配達希望時間 <input type="checkbox"/> 指定なし <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"/> 19:00~21:00		
	その他ご希望など		

- ❖ 製品お届け予定のご連絡など、ご希望の返信方法にチェック✓を付けてください。  
 FAXにてご返信  電話にてご連絡  メールにてご返信  返信不要
- ❖ ご購入希望商品を下記にご記入ください。

商品番号	商品名	数量	金額(税込)
商品御購入合計			

- ※ ご注意とお願い
- 御注文書の記入が不十分な場合、商品の御届けができない場合があります。
  - お客様のご記入間違いによってお届けした商品の返品や交換の返送料はお客様負担にてお願いいたします。
  - セット商品の場合は、セット商品としての数量をご記入ください。
  - 5,000円以上ご購入の場合、送料・代引手数料は弊社が負担させていただきます。5,000円未満の場合、送料・代引手数料として、一律で540円が別途必要となります。なお、銀行振込手数料はお客様負担となります。