

FAX でのご注文は本注文書を印刷後、下記にご注文内容を記入し、FAX 送信をお願いいたします。

F A X 番 号 : 0 1 1 - 7 8 8 - 4 0 4 6

お薬堂 FAX 注文書

発注日 年 月 日 時間 :

商品名/容量	価格	ご注文数	ご注文金額
合 計			

- お支払方法 (チェックを入れてください) 銀行振込 郵便振替 現金書留
- 受取人性別 (チェックを入れてください) 男性 女性
- ご連絡方法 (チェックを入れてください) 電話 Eメール F A X

※ご注文 FAX 後と、ご入金確認後、発送後に弊社からご依頼主様へご連絡を致します。

<ご依頼主様>

氏名	フリガナ	電 話	()
	F A X	()
住所	フリガナ	都道	区郡
	〒	府県	市
E-メールアドレス	フリガナ	
	
メッセージ		

【お届け先】 お届け先が異なる場合にはご記入ください。郵便局留めの場合は郵便局名をご記入下さい。

氏名	フリガナ	電 話	()
	F A X	()
住所	フリガナ	都道	区郡
	〒	府県	市
所	フリガナ	
	

※お届け先が、会社宛・病院宛・各種団体宛の場合、通関時に個人輸入と認められません。
 ※ご自宅の住所、店舗名 (兼自宅)、会社名 (寮内)、医院・クリニック (兼自宅) のあて先は自宅と取り扱われます。

商品に関するお問い合わせ・ご注文は
 TEL 011-788-4048 (受付時間 平日 10:00~18:00 土・日・祝祭日 休み)
 FAX 011-788-4046 (24 時間) / E-mail support@okusurido.shop
お薬堂