

ご依頼主様 (お届け先)	お客様番号	-		
	ふりがな			
	お名前			
	生年月日	明大昭平令 年 月 日 生		
	郵便番号	-		
	おところ			
	T E L	()	FAX	()
	連絡先TEL	()	連絡可能時間	時 ~ 時の間

↓ お届け先が上記と異なる場合のみご記入ください。

	おところ	〒	
	T E L		

●ご注文内容確認のお電話をさせていただく場合がございます。

消費税 8% %	商品番号	商品名	個数	単価(税別)	金額(税別)
	0701	梅雲丹とろみ			
	0702	梅雲丹特製とろみ			
	0703	梅雲丹液状エキス6本入			

梅雲丹以外のご注文は下記にご記入ください。

消費税 10% %	商品番号	商品名	個 数	単価(税別)	金額(税別)

配達指定		月 日	
午前中		12~14	14~16
16~18	18~20	19~21	20~21

計算欄	②10%対象商品代合計(税別)
	③梱包送料(税別)
	④消費税【(②+③) × 10%税率】
	お支払金額(①+②+③+④)

②商品代合計が5,000円(税別)未満の時は③梱包送料は都道府県別で加算してください。
梱包送料は、北海道及び東北6県は1,210円(税込)、沖縄県は935円(税込)

その他都府県は550円(税込)

※キャンセル・返品・交換についてのご案内は表面をご確認ください。

お支払方法	□代金引換		代引で配達致します。代金は商品受取時に配達員にお支払いください。		
	□クレジット払い(1回払)		ご利用になるカードに○ (VISA Master Nicos JCB AMEX Diners)		
	・右欄にご記入ください ・ご本人名義に限ります ・出荷日がカードご利用日となります		・カード番号		
			・有効期限	年	月

通信欄					
-----	--	--	--	--	--

お客様の個人情報は薬師堂で管理し、商品の発送や当社からの情報提供等に利用させていただきます。