

薬師堂 FAX注文用紙 Fax 092-925-7051

お申し込み日 年 月 日

● ご 依 頼 主 様	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							
	TEL	()	FAX	()				
	連絡先TEL	()	連絡可能時間		時	~	時の間	

● お 届 け 先	お名前		商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記	
	1 おところ	〒						なし 内外	
	TEL	()							
	お名前		商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記	
2 おところ	〒						なし 内外		
TEL	()								
お名前		商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記		
3 おところ	〒						なし 内外		
TEL	()								

商品代合計(税別)

円

商品代合計が5,000円(税別)未満の場合は、梱包送料を都道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)、その他都道府県550円(税込)です。

お届け先が複数の場合を除き、5,000円(税別)以上の場合は無料です。複数の場合はお問い合わせください。

お支払金額につきましては、当社より折り返しご連絡をさせていただきますので、日中連絡が取れるお電話番号を上段の「ご依頼主様」欄へご記入をお願いします。

どちらかにチェック□をつけてください。

● お 支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 郵便振込	出荷後、ご依頼主様へ請求させていただきます。					
	<input type="checkbox"/> クレジット払い	・ご利用になるカードに○ (VISA Master Nicos JCB AMEX Diners)					
	※ ・ご本人名義のみ ・1回払いのみ	・カード番号	・有効期限	年	月	・カード名義	
● 通 信 欄							

ご依頼主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。