

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			
	TEL	()	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	〒
TEL	

●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。

ご注文明細	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。				8%消費税			
				①8%対象商品代金計(税込)			
ご注文明細	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)

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"/> 代金引換	代引で配達致します。代金は商品受取時に配達に来た配達員にお支払いください。		
	<input type="checkbox"/> 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。