

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