

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(お届け先)	お客様番号	—			
	ふりがな				
	お名前				
	生年月日	明大昭平	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

●ご注文内容確認のお電話をさせて頂く場合がございます。

● ご注文明細	商品記号	商品名	個数	単価(税別)	金額(税別)

● 計算欄	①商品代合計(税別)	円
	②梱包送料(税別)	円
	③消費税【(①+②)×税率】	円
	お支払金額(①+②+③)	円

①商品代合計(税別)が5,000円未満の時は②梱包送料500円(税別)を加算してください。
福岡県内へのお届けは商品代金に関らず送料無料です。
※ご注文1件につき1ヶ所まで。

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	クロネコヤマトの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	ご利用になるカードに○ (VISA Master Nicos JCB AMEX)		
	※ <input type="checkbox"/> ご本人名義のみ <input type="checkbox"/> 一回払いのみ	・カード番号	・有効期限	年 月 ・カード名義

● 配達指定	●配達指定する場合のみ記入してください。			
	配達希望日	配達希望時間帯(指定は○)		
	送信日より5日目以降の日付でご指定下さい。	午前中	14:00~16:00	16:00~18:00
	月 日 ()		18:00~20:00	19:00~21:00

● 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。

●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。

株薬師堂 〒818-8668 福岡県筑紫野市針摺東5-3-1 TEL 092-923-1061/FAX 092-925-7051