

●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。

		お名前	商品記号	商品名	個数	金額(税別)	のし	備考
●お届け先	1	お名前						
		おところ	〒				なし 内外	
		TEL	()					
	2	お名前						
		おところ	〒				なし 内外	
		TEL	()					
	3	お名前						
		おところ	〒				なし 内外	
		TEL	()					
	4	お名前						
		おところ	〒				なし 内外	
		TEL	()					
	5	お名前						
		おところ	〒				なし 内外	
		TEL	()					

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

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)
	※ (・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。

●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。