

F A X 注文用紙

F A X
番号

0748-66-1561

必要事項をご記入の上、ご注文用紙を上記FAX番号へご送信下さい。お支払は代金引換のみとなります。

ご注文者	郵便番号	〒		
	住 所			
	電話番号		F A X	
	ヨミカゝナ お 名 前			

お届け先	<input type="checkbox"/> ご注文者と同じ住所（上記住所とお届け先が同一の場合は、コチラにチェックしてください）			
	郵便番号	〒		
	住 所			
	電話番号		F A X	
	ヨミカゝナ お 名 前			

■ご希望の口数をご記入下さい。

ご注文内容	商 品 名	口数	価格（一口分）	金額
	50億個のビフィズス菌 一口分（30包入り×2箱）		7,000円+税	円

* ご注文は一口（2箱）以上からとなります。

* 送料は無料です。

お届け 希望日	月 日 ・ <input type="checkbox"/> ご指定なし
お届け 時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> ご指定なし

備考	
----	--

ご注文ありがとうございました。

ジェイドルフ製薬株式会社