



社の生命泉(もりのいずみ) FAX専用ご注文書

E003

お届け先

お名前	フリガナ	お電話 ()
	〒	
ご住所	都・府 道・県	市 郡

ご注文内容

一般購入 定期コースのどちらか一方のみにご記入ください

一般購入 その都度必要な分だけお届けします	
今回 <input type="text"/> 箱 の注文で <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 の到着希望 【時間帯指定】 なし ・ 午前中 (AM10時~12時) ・ 午後 (PM12時~6時) ・ 夜間 (PM6時~8時)	お買上金額計算式 (1箱【2800税込】)+送料) ×ご注文箱数

どちらか一方のみにご記入ください

便利でお得な定期コースをおすすめします!

詳しくは裏面をご覧ください ▶

定期コース 毎月1回 ご希望の数量で自動発送します	
初回 <input type="text"/> 箱 の注文で <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 の到着希望 次回より毎月 <input type="text"/> 箱 の注文で <input type="text"/> 5日・10日・15日 <input type="text"/> 20日・25日・30日 の到着希望 <small>どれか一つに をおつけください</small> 【時間帯指定】 なし ・ 午前中 (AM10時~12時) ・ 午後 (PM12時~6時) ・ 夜間 (PM6時~8時)	お買上金額計算式 1箱の場合 1箱【2200税込】+送料 2箱以上の場合 (1箱【1900税込】)+送料) ×ご注文箱数

* 商品到着日は、ご注文より5日以降をご記入ください。

* 曜日の指定はできません。

お支払い方法

お支払いは代引のみ(代引手数料当社負担)となります

* 弊社で注文書を確認後、ご注文内容の確認書をFAXにて送付いたしますのでご確認ください。
(また、ご注文内容の確認の為に電話をさせていただく場合があります。)

ご注文内容をご確認の上
送信してください

FAX 0120-999-765

株式会社 健康の社
〒810-0041 福岡市中央区大名2丁目10-29