

FAXご注文書

年 月 日

ふりがな
お名前

様

ご住所 〒

お電話番号

— —

F A X 番号

— —

日中のご連絡先
(携帯番号)

— —

優先連絡先

ご自宅

携帯電話

【お支払方法】(必ずいずれかに○をつけて下さい。初回はご記入の如何にかかわらず代金引換とさせていただきます。予めご了承ください。)

1. 代金引換 2. コンビニ払込み 3. 郵便払込み 4. ご来店

【配達時間も指定できます。ご希望の方は下記のご希望時間帯に ○をつけてください。】

午前中 ・ 12時～14時 ・ 14時～16時 ・ 16時～18時 ・ 18時～20時 ・ 20時～21時

【FAX送信後当店から確認のご連絡】

1. 希望する(お電話で・FAXで) 2. 希望しない

【料金確認のご連絡(原則として代金引換の方のみとさせていただきます)】

1. 希望する(お電話で・FAXで) 2. 希望しない

確認のご連絡(TEL.FAX)はご希望のお客様のみ、受付順にご案内申し上げます。ご不在等により営業時間内にご連絡が取れない場合はやむを得ずご確認前に商品を発送させていただく場合がございます。予めご了承下さい。

カタログ番号	品 名	規 格	数 量
(記入例) 500	もっともっとカルシウム(ピーチ)	125ml	1個

通信欄(ご意見・ご希望をどうぞ...)

ケアフーズプラザ アールエス



FAX 0120 - 959 - 332