

ドクター9 FAX 注文用紙

FAX 番号 : 03-5667-0206

ご記入の上、こちらの番号まで FAX 送信してください。

■ご注文商品

ご注文商品名 1 :	
ご注文数量 :	価格 : 円
ご注文商品名 2 :	
ご注文数量 :	価格 : 円

商品価格総合計 :

●お支払方法 (チェックを入れてください) : 銀行振込 郵便振替

●ご連絡方法 (チェックを入れてください) : 電話 Eメール FAX

※ご注文の FAX 受領後、ご入金を確認後、発送後に弊社からお客様へご連絡をしております。

■ご依頼主様

お名前 :	ふりがな :
ご住所 : 〒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 都道 府県	
電話番号 : (携帯可)	FAX 番号 :
E メールアドレス :	
メッセージ & ご要望など :	

お届け先が、郵便局留め、会社宛・病院宛・各種団体宛の場合、
通関時に個人輸入と認められない場合がございます。

※店舗名、医院・クリニック (兼自宅)、会社名 (寮内) への宛て先は自宅と取り扱われます。