

# FAX 注文書

1. ご注文内容		申込日	月	日
商品名		数量	単価(税込)	購入金額
ブラウンアルジーTL(90カプセル)		個	129,600円	円
ブラウンアルジーHL(90カプセル)		個	32,400円	円
ブラウンアルジーTL(30カプセル)		個	45,360円	円
お支払方法 (○で囲んで下さい)	クレジット カード	代金引換 (現金のみ)	事前 銀行振込	合計金額 円
2. お届け日時のご指定 ※地域や交通事情により、ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。				
日付指定	指定なし	月	日	※指定日は注文書送付日の翌営業日より3日以降としてください。
時間指定 (○で囲んで下さい)	指定なし	午前中	14時～16時	16時～18時
		18時～20時	19時～21時	
FAX注文の方には、弊社よりご注文確認のご連絡をさせていただきますので、平日10時から17時の間でご連絡が付きやすい時間帯を記載してください。				時頃
3. ご注文される方				
※2回目以降ご注文のお客様は、下記欄の情報に変更がなければお名前・フリガナ・電話番号のみ、ご記入いただければ結構です。				
フリガナ				
お名前				
電話番号	( )	—	FAX番号	( ) —
電話番号 (日中のご連絡先)	( )	—		
ご住所	〒 都道 市郡 府県 区			
	(マンション・ビル名)			
4. お届け先 ※上記住所と別の住所に配送を希望する場合にのみ、ご記入ください。				
フリガナ				
お名前				
電話番号 (日中のご連絡先)	( )	—		
ご住所	〒 都道 市郡 府県 区			
	(マンション・ビル名)			

記入欄

ドクターアンジュ

FAX番号:0120-040-959



ドクターアンジュ

株式会社アングレア

〒530-0041 大阪府大阪市北区天神橋6-6-11

TEL:0120-040-787 FAX:0120-040-959