

FAX注文書

お名前	
お名前フリガナ	
ご住所 （建物名と部屋番号・「〇〇様方」なども）	
郵便番号	
電話番号	
メールアドレス	
希望連絡方法 合計金額、納期についてご連絡差し上げますので、 ご希望の連絡手段をお選びください	☐ 電話 ☐ メール ☐ その他（ ）
配達時間帯の希望 特にご希望がなければ「希望なし」で発送します	午前中／12～14 時頃／14～16 時頃／16～18 時頃／ 18～20 時頃／20～21 時頃／希望なし

	商品名	値段	個数	個数×値段
1				
2				
3				
4				
5				
お買い上げ合計金額				

* 勤務先など自宅と違う住所に届ける場合 *	
お届け先名称(会社名等)	
お届け先の部署・所属	
お届け先ご住所 (建物名と部屋番号・「〇〇様方」なども)	
郵便番号	
電話番号	
備考 (ギフトでお届けの場合にはお届け先のお名前、用途等)	

送料は、関東近県へはお買上額3万円未満一律¥700、3万円以上で無料とさせていただきます。

なお、その他地域の方はお問い合わせください。

なお、代金は**郵便振替・先払い**でお願い致します。

送金先: ゆうちよ銀行

口座番号:00170-5-159028 、 加入者名:三仁堂薬局