

スイメイザ・クリームFAXご注文書

ドクタープロダクツ株式会社

FAX：03-5786-1471

フリガナ ＜お名前＞ _____ 会員登録されているお客様：会員番号又は登録のお電話番号をご記入ください _____ *弊社ネットショップのご利用が初めての方は下記もご記入ください* 〒 _____ ※マンション・アパートお部屋番号まで ＜住所＞ _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____ _____ ＜電話番号＞ _____ 弊社からのご案内はご送付してもよろしいでしょうか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--

商品名	価格 (税込)	数量	合計金額
スイメイザ・クリームTOPsメディウムプラス	33,000 円		円
	円		円
	円		円
	円		円
合計			円
	送料		550 円
	ご請求金額		円

●初めて弊社ネットショップをご利用いただく際は、コンビニエンス払いはお受けできません。

●配達希望時間帯 1. 希望なし 2. 午前中 3. 14~16時 4. 16~18時 5. 18~20時 6. 19~21時

●お支払い方法 1.代金引換 2.コンビニ (初回購入時を除く)

3.クレジットカード (ご一括払いのみ) ※下記ご記入ください。

カード種類 (1.VISA 2.マスター 3.UC 4.JCB 5.アメックス 6.オリコ)

カード番号 (16桁)

有効期限

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

□	□	月	□	□	年
---	---	---	---	---	---

クレジットカードはご購入者様ご本人名義のものしかご利用できません。

●備考欄 (お届けにあたりご希望がある際は、備考欄にご記入ください。)

--