

24時間受付  
FAX 03-5786-1471

# FAXご注文用紙

ドクタープロダクツ株式会社

《初めてご購入されるお客様》

|                              |              |     |   |      |   |
|------------------------------|--------------|-----|---|------|---|
| フリガナ                         |              |     | 電話番号  |      |   |
| お名前                          |              |     | FAX   |      |   |
| ご自宅住所                        | 〒 □□□ - □□□□ |     | ※マンション・アパート名・お部屋No.までもれないようご記入下さい。<br>※勤務先での登録は出来ません。 |      |   |
|                              | 都道府県         | 市区郡 |   |      |   |
| 生年月日                         | □□□□         | 月   | □□  | 日    | 性別  |
|                              |              |     |   |      | <input type="checkbox"/> 1.女性 <input type="checkbox"/> 2.男性 |
| E-mail                       |              |     | ご職業   |      |   |
| 当社をお知りになった理由をお聞かせ下さい         |              |     |   |      |   |
| 今後お得なキャンペーン情報をお送りしてもよろしいですか? |              |     | <input type="checkbox"/>                              | 1.はい | 2.いいえ   |

《会員登録されているお客様》

|      |  |  |          |  |  |
|------|--|--|----------|--|--|
| フリガナ |  |  | ご登録お電話番号 |  |  |
| お名前  |  |  |          |  |  |

※ご登録内容に変更がある場合は《初めてご購入されるお客様》の記入欄に変更内容をご記入下さい。

《配達先指定》

|        |              |     |                                    |  |  |
|--------|--------------|-----|------------------------------------|--|--|
| お届け先住所 | 〒 □□□ - □□□□ |     | ※マンション・アパート名・お部屋No.までもれないようご記入下さい。 |  |  |
|        | 都道府県         | 市区郡 |                                    |  |  |
| お届け先宛名 |              |     | 電話番号                               |  |  |

| 商品名  | 定価(税込) | 数量 | 合計金額  |
|--|--------|----|-------|
|  |        |    |       |
|  |        |    |       |
|  |        |    |       |
|  |        |    |       |
|  |        |    |       |
| 合計   |        | 送料 |       |
| ※お買い上げ総額10,800円未満(税込)の際には送料500円(税込)がかかります。 |        |    | ご請求金額 |

《配達日指定》

《配達時間指定》

|           |                                    |                                    |                                    |                                    |
|-----------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| □□ 月 □□ 日 | <input type="checkbox"/> 1.希望なし    | <input type="checkbox"/> 2.午前中     | <input type="checkbox"/> 3.14時~16時 | <input type="checkbox"/> 4.16時~18時 |
|           | <input type="checkbox"/> 5.18時~20時 | <input type="checkbox"/> 6.19時~21時 |                                    |                                    |

※本日より5日以降でご指定下さい。

|         |  |       |  |  |  |
|---------|--|-------|--|--|--|
| お支払方法   | <input type="checkbox"/> 1.代金引換 <input type="checkbox"/> 2.クレジットカード※ <input type="checkbox"/> 3.コンビニ※<br>※クレジットカードのお支払い回数をご一括払いのみとさせていただきます。<br>※コンビニ払いは2回目以降のご注文からご利用いただけます。                |       |  |  |  |
| カード種類   | <input type="checkbox"/> 1.VISA <input type="checkbox"/> 2.マスター <input type="checkbox"/> 3.UC <input type="checkbox"/> 4.JCB <input type="checkbox"/> 5.アメックス <input type="checkbox"/> 6.オリコ |       |  |  |  |
| カード有効期限 | □□ 月 / □□ 年  | カード署名 |  |  |  |
| カード番号   | □□□□□□□□□□□□□□□□   |       |  |  |  |

※カード表記と同様にご記入下さい。



この方向に送信してください。