FAXご注文紙

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　□はい　□いいえ

商品名	価格（税込）	数量	合計金額
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
合計			円
		送料	円
		ご請求金額	円

●ご請求金額が11,000円（税込）未満の際には、**別途送料550円（税込）**がかかります。
●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。
●会員登録されているお客様でコンビニエンス払いをご希望の際は、**税率の異なる商品※**のご注文は同時に承れません。
※サプリメント→軽減税率8%対象商品、化粧品→税率10%
●代金引換又はクレジットカード支払いでのご注文時、税率の異なる商品をお買い求めいただいた際は税率毎のお手続きとなりますため、納品・請求書は2通になります。

●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。）