# FAXご注文紙

ドクタープロダクツ株式会社

FAX：03-5786-1471

●初めてご購入されるお客様

フリガナ

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒 ― ※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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当社をお知りになったきっかけは何ですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お得なキャンペーン DM を送付してもよろしいでしょうか？ □はい □いいえ

●会員登録されているお客様

フリガナ ご登録の

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ お電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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ください。

●備考欄（例：お届け先ご住所が登録先と異なる場合など）

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

※お買い上げ総額10,000円(税抜)未満の際には送料500円(税込)がかかります。
※サプリメントは消費税8％となります。化粧品と合わせてご購入の場合、
納品・請求書が2枚になることがあります。

●配達日指定 ※ご指定の際にはご注文日より 5 日以降をご記入ください。 ＿＿月 ＿＿日

●配達時間 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）※下記をご記入ください。

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 | |

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。