ＦＡＸ注文用紙

ご依頼日　　年　　月　　日

お客様情報			
氏名 （ふりがな）	性別　（ 男 ・ 女 ）		
住所	〒　　－		
生年月日	西暦　　年　　月　　日　（未成年の方はご利用できません）		
電話番号		ＦＡＸ	
メールアドレス			
ご連絡可能通信	□ 電話　□ FAX　□ メール　□　連絡不可		
代金お支払い方法	□ 銀行振込　□ クレジットカード カード番号 （　　） 有効期限　（　　） カード名義 （　　）		
お届け先変更	（お届け先が異なる場合のみ下記ご記入下さい）		
お届け先氏名			
お届け先住所	〒　　－		
電話番号		ＦＡＸ	
メールアドレス			

商品名	mg/%	錠	単価	数量	金額
		送料	￥1,000－	合計	￥
備考欄 （ご不明な点がある場合のみご記入下さい）					

つるかめ薬局の利用規約に同意の上、お申込み致します。

つるかめ薬局

ＴＥＬ　０５０－５８０６－２９９７

ＦＡＸ　０３－６７０１－２１９８