

① お客様のお名前・ご住所をご記入ください。

(ご注文日 年 月 日)

お名前	フリガナ	◎電話番号
	様 (生年月日: 年 月 日)	() - ◎FAX番号 () -
ご住所	□□□□-□□□□ 都 道 市 区 府 県 町 郡 (◎お住まいのマンション名・部屋番号をご記入ください)	

② ご注文者様とお届け先様が異なる場合のみ、ご記入ください。

お名前	フリガナ	◎お届け先様：電話番号
ご住所	□□□□-□□□□	() -

③ 決済方法・配送のご希望をご記入ください。

決済方法	<input checked="" type="checkbox"/> 代金引換 ※商品と引換にご決済いただけます。	<input checked="" type="checkbox"/> 後払い ※振込用紙を商品とは別に郵送。 (コンビニ・銀行・郵便局決済可)	●決済手数料無料 ※選択がない場合は、代金引換でのお届けとなります。
配送希望	月 日 着希望 ●ご注文より3日以上余裕を持ってご指定ください	時間指定なし 午前中 12時~14時	14時~16時 16時~18時 18時~20時 20時~21時 ※ご希望の時間帯を選択してください

④ ご注文の商品をご記入ください。

	商 品 名	個 数	備 考 欄
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
		合計点数	点

ご注文いただき、誠にありがとうございます。ご注文内容に不足がない場合は、最短期日にて発送手配をさせていただきます。確認用の返信は致しませんのでご了承ください。

●シャソンオンラインショップお客様窓口：フリーコール：0120-82-1429：(通話料無料) ●

ご注文総額2,160円(税込)未済の場合は、別途送料(全国一律540円)がかかります。



FAX専用番号：054-687-0116

株式会社シャソン化粧品
422-8615 静岡県静岡市駿河区国吉田2-5-10