



オーダーシート 03-6869-7315

ジャパンベストヘルス FAX専用注文用紙

※FAX番号はおかけ間違いのないよう、お願い申し上げます。
着信は送信データにてご確認ください。

下記に必要事項をご記入の上、FAXしてください。(太枠内は必ずご記入ください)

ご注文日 年 月 日

ご注文者様情報			
フリガナ		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
お名前		生年月日	<input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 年 月 日
ご住所	〒 -		
TEL		FAX	
メールアドレス	@		

※メールアドレスの記載がない場合、発送前の事前連絡はいたしかねます。(お電話・FAXでの事前連絡は行っておりません)
※お客様の個人情報は、商品発送・代金決済・新商品・サービス等に関する情報のお知らせのために利用させていただきます。

ご注文者とお届け先が異なる場合のみ ご記入ください。 ご送付先住所	フリガナ		TEL	
	お名前			
	ご住所	〒 -		

お客様の会員番号	
-----------------	--

ご希望商品	価格(税込)	数量	ご希望商品	価格(税込)	数量
① アンチノピン(会員番号のないお客様)	10,000円		① ミトコリン(会員番号のないお客様)	19,800円	
② アンチノピン(会員様)	8,000円		② ミトコリン(会員様)	17,900円	
③ アンチノピン(定期購入) 毎月のお届け希望日に○印を お付けください。 <input type="radio"/> 5日 <input type="radio"/> 15日 <input type="radio"/> 25日	初回のみ半額 3,500円 2回目以降 7,000円		③ ミトコリン(定期購入) 毎月のお届け希望日に○印を お付けください。 <input type="radio"/> 5日 <input type="radio"/> 15日 <input type="radio"/> 25日	16,200円	

全国どこでも送料無料となります。

商品の返品・交換は、薬事法(行政)により、一度、開封した場合は、行政指導により返品をお受けいたしかねます。メールなどのご連絡先が不一致なものは、お受けいたしかねます。
※クーリングオフ期間は8日間です。

商品のお届け方法 ご希望のお届け曜日、 時間指定などがあれば <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 佐川急便での お届けとなります。	お届け希望曜日	時間指定
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <small>※受付時間によっては、翌週になる場合がございます。</small>	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 16 - 18時 <input type="checkbox"/> 12 - 14時 <input type="checkbox"/> 18 - 21時 <input type="checkbox"/> 14 - 16時 <small>※ご記入がない場合は、時間指定なしにて発送させていただきます。</small>

お支払い方法 ご希望のお支払方法を選択し、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 代金引換 (手数料:無料) <input type="checkbox"/> コンビニ (手数料:無料) <small>※クレジットカードでのお支払いをご希望の場合は、インターネットよりお申込みください。</small>
--	--