



豊栄薬品 FAX注文書

FAX:0532-65-4352

ご注文内容をご記入の上、FAXにてお送りください。

折り返し、送料等を含めたお支払い合計金額を記入したFAXをご返信いたします。

万一、返信FAXが届かない場合はお手数ですがご連絡いただけますようお願い申し上げます。

▼▼▼ 太線の枠内をご記入ください。 ▼▼▼

ご注文者様	ふりがな お名前		TEL	
			FAX	
	〒	—		
		都 道 府 県		

▼お届け先が異なる場合はご記入ください。

お届け先	ふりがな お名前		TEL	
			FAX	
	〒	—		
		都 道 府 県		

ご連絡方法 電話 FAX メール メールアドレス:

支払・配送	お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換	<input type="checkbox"/> 銀行振込(先払い)		
			【振込先】 PayPay銀行 ビジネス営業部 普通 1546857 ホウエイヤクヒンシヨウジ(ユ)		
	お届け希望日	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 平日指定 <input type="checkbox"/> 土日納品可		月	日 指定
	希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 12~14時	<input type="checkbox"/> 14~16時	<input type="checkbox"/> 16~18時
	その他連絡事項				

	商品番号	商品名	容量	数量	単価	小計
1						
2						
3						
4						
5						

送料	
代引手数料	
消費税	
合計金額(税込)	

お支払い金額は右記の通りです。ご確認をよろしくお願いいたします。
銀行振込の方は、上記の振込先へご入金をお願いいたします。
ご入金確認後、商品を発送いたします。

ご注文ありがとうございます。
 月 日 出荷、 月 日 着予定
 佐川急便・ヤマト運輸
 お問合せ番号:

豊栄薬品商事有限公司
<http://www.hoeiyakuhin.com>
 TEL:0532-65-4351 FAX:0532-65-4352