

FAXご注文書

ドクターズピュアウォーターショップ



【FAX送信】
0743-70-0641

☆この用紙をプリントアウトしてご使用ください。

ご氏名				様
ご住所	〒 -			
お電話	() -	FAX	() -	
ご連絡先/携帯電話	() -			

商品名	数量	金額
商品名	数量	金額
商品名	数量	金額
商品名	数量	金額
商品名	数量	金額

*合計金額が1万円未満の場合、別途送料が必要になります。	合計金額
------------------------------	------

☆お支払方法	①商品代引	②銀行振込(前金)	③クレジットカード/VISA・Master															
【お支払方法でクレジットカードをお選びの場合ご記入ください。】																		
a.クレジットカード種類 ①VISA ②Master																		
b.カード番号 例:0123-4567-8901-2345																		
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							-				-				-			
			-				-				-							
c.有効期限 例:12/06				d.お名前 (ローマ字表示でご記入ください。)														
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td></tr></table>						/			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>									
		/																

☆お届け指定日/指定時間帯	*ご希望のある場合のみご記入ください。					
月	日	曜日	①午前中	②12~14時	③14~16時	
			④16~18時	⑤18~20時	⑥20~21時	

☆ご注文者とお届け先が異なる場合、下記にご記入ください。
お届け先ご氏名/
お届け先ご住所/
お届け先お電話/

*お客様の個人情報が記載されています。くれぐれも送り間違いのないようFAX番号をご確認ください。