

ヘルシーベスト(S) FAX注文書

この用紙にご記入の上、
直接FAXしてください。

注文日	年 月 日		
ご依頼主	フリガナ お名前		
	フリガナ ご自宅	〒□□□-□□□□ 都道府県	電話番号 () -
			F A X () -
			メールアドレス @

初回ご購入
 2回目以降のご購入

マンション名等もご記入ください。

ご自宅とお届け先が別の場合はご記入ください。 お届け先が会社の場合は、会社名・部署などもご記入ください。

お届け先	フリガナ お名前	電話番号 () -
	フリガナ ご住所	〒□□□-□□□□ 都道府県

マンション名等もご記入ください。

商品番号	商品名	価格	個数	合計金額
		円	個	円
		円	個	円
		円	個	円
		円	個	円
		円	個	円
右記の総合金額に、送料および手数料が加算されます。				総合計金額(消費税込) 円

お支払方法指定	ご希望のお支払方法に☑をつけてください。 銀行振込・郵便振替をご指定の場合、入金確認後の発送となります。 お届けまで1週間程度かかる場合がございますが、予めご了承ください。		お支払い方法について ● FAXでのご注文の場合、郵便振替、代金引換をご指定いただけます。クレジットカードをご利用になられる場合は、ホームページからご注文をお願い致します。 ● 代金引換をご指定の場合、350円の手数料がかかります。また、銀行振込・郵便振替の手数料はお客様のお負担となります。 ● 銀行振込・郵便振替をご指定の場合、入金確認後の発送となります。
	<input type="checkbox"/> 銀行振込	◇銀行：ジャパンネット銀行 ◇支店：本店営業部 ◇口座：普通 ◇口座番号：5690943 ◇名義：ヘルシーベスト シオミマユ	
	<input type="checkbox"/> 郵便振替	◇記号：009407 ◇番号：317811 ◇受取人名：ヘルシーベスト	
	<input type="checkbox"/> 代金引換		

配達指定	希望月日	月 日		送料について ● 一律 525円(北海道 930円、沖縄 970円、離島は別途ご連絡いたします) 6,000円以上お買い上げで送料無料です。 ※ その他詳細につきましては、ホームページをご確認ください。
	時間	ご希望の時間帯に☑をつけてください。		
		<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 12:00~14:00	
	<input type="checkbox"/> 14:00~16:00	<input type="checkbox"/> 16:00~18:00		
	<input type="checkbox"/> 18:00~21:00			

ご意見、ご感想をお聞かせください。

フリーダイヤル 0120-996-667 (24時間受付)

※非通知設定の場合、つながりません。
番号の前に「186」をつけてFAXして下さい。

