

すこやかみかんの育毛剤 FAX注文用紙 < FAX番号: 050 - 1129 - 8539 >

※このページを印刷して必要項目にご記入の上、上記の番号までFAXしてください。

▼ ご注文商品 (数量の欄に、ご希望商品の数量をご記入ください)

商品名	単価(税込)	数量
ソレス 薬用育毛剤 (150ml)	5,300	個
ソレス 薬用育毛剤 (150ml) 2本セット	10,000	セット
ソレス 薬用育毛剤 (150ml) 3本セット	14,300	セット
ソレス ヘアケアシャンプー	1,300	個
ソレス ヘアケアトリートメント	1,300	個
ソレス ヘアケア3点セット (育毛剤・シャンプー・トリートメント)	7,000	セット
ソレス シャンプー&育毛剤セット	6,400	セット
ソレス ヘアケアトリートメント	2,500	セット

▼ ご注文主様 (折り返し電話かFAXで注文確認連絡いたします)

お名前	<input type="checkbox"/> 電話連絡可能 <input type="checkbox"/> 電話連絡不可(FAXのみ)	
ご住所	〒 _____ - _____	
電話番号	FAX番号	

▼ お届け先 (ご注文主様と発送先が違う場合にご記入ください)

お名前		電話番号
ご住所	〒 _____ - _____	

▼ 決済方法

決済方法 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 代金引換(手数料 315円) <input type="checkbox"/> 銀行振込(振込手数料はご負担ください)
---------------------	--

▼ 配送について

配達日指定 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 指定なし(最短) <input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 到着指定 (※到着指定日は、この注文用紙の送信日より 3日目以降 でご指定ください)
時間指定 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 指定なし(最短) <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12~14時 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時 <input type="checkbox"/> 20~21時

▼ 備考欄

--