フリーダイヤルＦＡＸ　０１２０－１８９－５６５

FAX 購入お申し込み書

ご注文内容				
商品名		価格（税込）	個数	金額（税込）
20301	イミダペプチド（30 本）	7,500 円		
20302	イミダペプチド（10 本）	2,680 円		
20304	イミダペプチド（30 本） 定期お届けコース　※送料無料	6,750 円		
60301	イミダペプチドソフトカプセル（120 粒）	8,680 円		
60304	イミダペプチドソフトカプセル（120 粒） 定期お届けコース　※送料無料	7,812 円		
40302	ビタミン C 錠 1000mg　30 日分（120 錠）	480 円		
※購入個数に関わらず全国送料一律 300 円			送料	
（計算に誤りがありましたら、当社にて正しい金額に修正いたします。）			合計	

お支払い方法					
以下 3 種類のうちお選びいただいたお支払い方法の「□」内、✔印をご記入ください。（例☑）					
□　**クレジットカード**　※記入不備、与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますのでご了承ください。					
カード会社	□ＶＩＳＡ	□マスター	□ＪＣＢ	□ＡＭＥＸ	□ダイナース
カード番号		－	－	－	
カード有効期限		月	年		
□　**代金引換（宅急便コレクト　現金・クレジット）**					
□　**NP 後払い（コンビニ・銀行振込・郵便振替）**　※記入不備、NP 後払いの与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますのでご了承ください。					

▼下記項目をご記入ください。

お客様お届け先	
お名前	
ご住所	〒　　－
電話番号	
メールアドレス	
お届け時間ご指定	□午前中　□12 時～14 時　□14 時～16 時　□16 時～18 時 □18 時～20 時　□20 時～21 時　□指定なし 交通事情等によりご希望のお届け時間帯に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

お申し込みありがとうございました　　フリーダイヤルＦＡＸ０１２０－１８９－５６５