

FAX専用フォーム

ハローファイン薬局 宛

FAX№ 06-6765-0861

(ご記入例)

商品番号	商品名	入数	金額	個数
Lk-001	カルシウム薬用クレンジングクリーム	84g	3300円	1

(以下に商品をご記入下さい)

商品番号	商品名	入数	金額	個数

(フリガナ) お名前			郵便番号	〒 -	
(フリガナ) ご住所					
	都道府県				
電話番号	() -	FAX	() -		
お届け先	※お届け先がご住所と違う場所の場合のみご記入ください。 〒 電話番号 () - / FAX () -				
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 ※代金引換手数料が必要となります。但し、2万円以上は無料。 <input type="checkbox"/> 銀行振込 ※振込み手数料はご負担ください。 <input type="checkbox"/> 郵便局電子振替 (はるる口座) ※振込み手数料はご負担ください。 <p style="text-align: center;">代金引換以外は、ご入金確認後の発送となります。</p>				
送料	一律550円。1万円以上の場合、送料 無料 。さらに2万円以上の場合、代金引換手数料も 無料 。				
代金引換手数料	代金引換の方のみ、1万円未満の方が必要となります。 一律 440円				

ご注意

※FAX到着後、24時間以内に確認の為ご連絡いたします(日・祝の場合は翌平日のご連絡となります)。
ご連絡後、注文請書をFAXにてお送りいたしますので、記入された金額をご希望の方法でお支払い下さい。