

FAXご注文書

申込日 年 月 日

当店では、ご来店できないお客様のために、宅急便にて商品をお送りいたしております。どうぞご利用ください。

お名前	ふりがな	ご住所	〒																	
			ふりがな																	
TEL	住所を変更された方は旧住所を記入して下さい。																			
携帯																				
FAX																				

商品名	規格	数量	※配達日及び時間指定			月	日
			配達日ご希望の方はご記入下さい。				
			時間指定ご希望の方は、下記よりお選び下さい。				
			午前中	12時~14時	14時~16時		
			16時~18時	18時~20時	20時~21時		
			※配達日ご希望の方は、ご注文日より3日以降の期日をご記入下さい。				
			※送料				
			北海道内 ¥400				
			北海道外 ¥400~¥1600				

※ご注文の確認のため、こちらよりFAXを致しますので、下記へFAX番号の記入をお願いいたします。

連絡先 (FAX番号)	
-------------	--

お支払い方法	お支払い方法は代金引換とさせていただきます。手数料として別途300円かかります。
--------	------------------------------------------

- ※住所・氏名・電話番号に不備がある場合には、商品をお届けできない場合がありますのでご了承下さい。
- ※ご記入の際、ご不明な点がございましたらお気軽にご連絡下さい。
- ※FAX番号のかけ間違いがないように、必ずご確認のうえ送信して下さい。
- ※誤って裏面が送信されてくる場合がございますので、ご注意ください。
- ※商品のお届けは、通常ご注文日より、3日~7日かかります。

<p>(株)愛生館ビル薬局</p> <p>札幌市中央区南1条西5丁目</p> <p>TEL 011-241-1152</p>

<p>FAX専用ダイヤル</p> <p>011-241-1992</p>

※その他、お電話でもご注文をお受け致します。お気軽にお申し込みください。

TEL : 011-241-1152