

(プリントアウトしてFAXご注文用紙としてお使いください)

# ドクターズファーマシーショップ FAXオーダーシート

ご依頼日 年 月 日

※記入内容が不明瞭の場合、注文受付できない場合があります。鉛筆以外のペンなどで明瞭・明確にご記入ください。

(※)は必須事項です。お問い合わせのみの場合でも必ずご記入ください。

ふりがな(※)			
注文者名(※) (振込名義人様名)			
生年月日(※)	西暦	年 月 日	性別(※) 男 ・ 女
電話番号(※)			FAX番号(※)
Eメールアドレス			
届け先の住所(※) (アパート名や番地も記入)	〒(※)	—	※郵便番号は忘れず必ずご記入ください。
	ふりがな(※)		
	住所(※)		

※郵便局留め、お届け時間設定には対応しておりません。予めご了承ください。

◆必ず弊社サイトで商品をお確かめのうえお申込ください。ご注文確認後、弊社より折り返しご連絡いたします。◆

No.	商品名(サイトに記載の商品名を正確にご記入ください)	容量	数量	備考欄
例)	南極クリルビタミン 3袋(2袋+1袋無料)	120粒	1	
1				
2				
3				
4				
5				

その他連絡事項やお問合せなどありましたら下記にご記入ください。

--

### ■誓約文■

私(注文者)は、ドクターズファーマシーショップの利用規約に同意のうえ、上記の注文を申し込みます。

株式会社 ドクターズファーマシー

**FAX番号 : 06-7878-8977**

FAX送信の際は、間違いのないように番号・記載内容をよくお確かめのうえ送信ください。