

FAX 注文シート

ご注文日 年 月 日
枚中 枚目

★「◎当店記入欄」以外の欄の項目をご記入の上、FAX してください。


◎当店記入欄 (お客様宛返信用) 様へ 下記のご連絡をさせていただきますのでご確認の程、宜しく願いたします。	ご請求金額 ※税込価格	
	商品合計：	円
	送料：	円
	代引き手数料：	円
	合計金額：	円
<input type="checkbox"/> 振込先：		
<input type="checkbox"/> 商品ご注文をお受け致しました。		
<input type="checkbox"/> 商品を発送致しました。		

お客様名 又は、 会社・団体名	フリガナ.....	ご担当者名	フリガナ..... ※個人でご購入の方は無記入。
お届け先 ご住所	〒 □□□□-□□□□ フリガナ.....		県・府 都・道
	ビル・ マンション名		
ご連絡先	TEL / () -	FAX / () -	
	E-mail / ※無記入でも結構です。 @		
お支払い 方法	◎右記お支払い方法の“□”へチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 店頭引渡し		
	【代金引換の方へ】…送料、代引き手数料、クール便代金はホームページの「ご利用案内と送料」をご参照ください。 【銀行振込の方へ】…銀行振込先は、当薬局より「ご注文確認 FAX」として折り返しお客様宛へ FAX にてご連絡いたします。 (振込手数料はお客様のご負担となります。)		

◎ご注文の商品内容 ※ホームページに記載の商品価格は全て税込み価格です。

	商品名	単価	数量	合計金額
1		円		円
2		円		円
3		円		円
4		円		円
5		円		円
6		円		円
7		円		円
〈その他、お問い合わせ等〉				

◎商品お届け ※商品お届け前にこちらからご連絡の FAX をいたします。(店頭引渡しのお客様は FAX 又は、お電話をいたします。)

 商品の発送はヤマト運輸 での配送となります。	<input checked="" type="checkbox"/> お届け時間帯 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 (ご希望のある方はチェックをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 20時～21時
---	--	---