健寿の京　ご注文用紙（FAX用）

必要事項をご記入のうえ、ご注文用紙を下記ファックス番号へご送信ください。

FAX 0120-699-556

受付時間（24時間受付）

①お客様のお名前・お電話番号・ご住所等をご記入ください。

お名前	フリガナ	お電話	（　　）　－		
		FAX	（　　）　－		
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	年齢	歳	性別	男・女
ご住所	フリガナ				
	〒　都道府県　郡市区				

②お届け先が上記と異なる場合ご記入ください。

お名前	フリガナ	お電話	（　　）　－		
		FAX	（　　）　－		
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	年齢	歳	性別	男・女
ご住所	フリガナ				
	〒　都道府県　郡市区				

④ お届け日時のご指定

希望日時	月　日 ＊ご指定は、ご注文日より7日後で承ります。
希望時間帯	□ 指定なし
	□ 午前中
	□ 12時～14時
	□ 14時～16時
	□ 16時～18時
	□ 18時～20時

③ ご希望の商品名、数量及び金額をご記入ください。

商品名	価格（税込）	ご注文数量	ご注文金額
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
合計（税込）			円
送料（税込）			円
総合計（税込）			円

⑤ ご希望のお支払い方法をお選びください。

□ 代金引換え

□ クレジット

●ご希望のカード名にチェックをいれていただき、会員番号、名義人、有効期限をご記入ください。

□ JCB ・ □ VISA ・ □ MASTER ・ □ AMEX

＊一括払いのみとなります。

カード会員番号 □□□□ □□□□ □□□□ □□□□　有効期限 ／

ご名義（カタカナ）

● ご意見・ご感想をお寄せください。

この度は健寿の京通販をご利用いただき誠にありがとうございました。
今後ともご愛顧の程何卒宜しくお願い申し上げます。