

FAXご注文用紙

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 042-460-3302

受付時間：24時間（日曜・祝祭日を問わずご利用いただけます）

①～③の順で太枠の中に必要事項をご記入ください。

① お客さまのお名前・生年月日・年令・性別・お電話番号・ご住所をご記入ください。

お名前	フリガナ		お電話	()	-			
			FAX	()	-			
	<small>※ファックスでご注文のお客様は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。</small>							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年令	歳	性別	男・女
ご住所	〒□□□□-□□□□		都	道	郡	市		
			府	県		区		

② お届け日時のご指定 ご希望日をご記入のうえ、ご希望時間帯に☑をご記入ください。

希望日時	年	月	日	<input type="checkbox"/>	9:00～12:00	<input type="checkbox"/>	12:00～14:00	<input type="checkbox"/>	14:00～16:00
	※お届け日のご指定は、 ご注文日より7日前後で承ります。			<input type="checkbox"/>	16:00～18:00	<input type="checkbox"/>	18:00～20:00	<input type="checkbox"/>	19:00～21:00
希望時間帯									

③ ご希望のご注文商品の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	ご注文金額(税込)
			円
			円
			円
			円
合計(税込)			円
送料(税込)			円
総合計(税込)			円

● ビタリア製薬通信欄（※ここには何も記入しないでください。）

● ご意見・ご感想をお寄せください。

【個人情報の保護】

ビタリア製薬株式会社では、個人情報は厳重に注意し、当社のサービス改善、当社商品のご案内等の販売促進に利用させていただきます。第三者への譲渡、公開は一切致しません。