

真の健康を考える店BEELUCK 通信販売申込書



075 - 644 - 0362

24時間受付中!!

	商品名	単価	個数	金額(確認のため)
1				
2				
3				
4				
5				

お申込者 (申込日 月 日)

フリガナ		電話番号	
名前		FAX番号	
会社(部署)			
決済方法	ご希望の決済方法を で囲んで下さい。 1. 代金引換 2. 郵便振替 3. 銀行振込		
〒	都道府県名からご記入をお願い致します。		
	都道 府県	市区 郡	町
配達希望日	月 日	時間指定	頃
備考	ご注文の確認「要・不要」		

送り先が上記と異なる場合、下記の項目にご記入ください。

フリガナ		電話番号	
名前		FAX番号	
会社(部署)			
〒	都道府県名からご記入をお願い致します。		
	都道 府県	市区 郡	町
配達希望日	月 日	時間指定	頃
備考			

お申込方法・・・ご希望の商品欄に個数をお書きの上、上記記載のFAX番号へ送信して下さい。

お支払方法・・・代金引換、郵便振替、銀行振込がご利用頂けます。

(送り先が異なる場合は、代金引換はご利用いただけません。)

発送方法・・・通常便またはクール便の発送となっております。