

FAX注文用紙

株式会社 健人 ヘルシーコム 宛

FAX 048-423-3300

氏名			
ふりがな			
住所	郵便番号	-	
お届け先住所	※住所とお届け先が違う場合のみご記入ください。		
	郵便番号	-	
電話番号		FAX番号	
Eメール			

商品名	販売価格	数量	備考
お届け希望日	月 日	9時～12時 ・ 12時～14時 ・ 14時～16時 16時～18時 ・ 18時～20時 ・ 20時～21時	
	※お届け日のご希望がありましたら、ご記入ください。 在庫の状況等により、お届け日のご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。		
代金支払い方法	ヤマト宅配便の代金引換のみとなります。		
※送料・代金引換手数料は、10,000円以上のご注文で無料となります。			
10,000円以下の場合、送料が全国一律 490円 代金引換手数料は、200円となります。			
FAX確認後、こちらからお支払い合計及びお届け日のご連絡を差し上げます。ご希望の連絡方法をチェックしてください。		<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail	
備考			
	※その他、要望等ございましたらご記入ください。		

ご不明な点がございましたら、(株)健人 048-252-3939 (TEL) までお気軽にご連絡ください。