

通販ひろば「カリカセラピPS501・石鹸」 FAX注文用紙

下記ご記入後、FAX番号 092-739-1757 まで送信申込みください。

| | | |
|---|---|--------------------|
| 注文者氏名(必須) | 姓 | 名 |
| フリガナ(必須) | 姓 | 名 |
| E-mail(お持ちの方はお願いします。) | @ | |
| 郵便番号 | 〒 | - |
| ご住所(必須) | 県 | |
| | マンション名などもご記入ください。 | |
| 電話番号(必須) | 電話番号 | |
| 携帯電話 | 携帯番号 | |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 性別(必須) どちらかを囲んで下さい。 | 1. 男性 2. 女性 | |
| 今回お届けする商品と箱数の選択 空欄に必要数をご記入下さい。 必要でない商品の空欄には「0」と記入してください。 | 1. 3g × 40包入り(定価12,000円)を <input type="text"/> 箱 注文します 2. 3g × 100包入り(定価25,000円)を <input type="text"/> 箱 注文します 3. カリカ石鹸(定価1,700円) を <input type="text"/> 個 注文します 注:石鹸のみの場合は、3個未満は別途送料700円がかかります。 | |
| お支払方法 どちらかを囲んで下さい。 初回購入の方は代金引換宅配に限らせていただきます。当方で変更させていただく場合もございますのでご了承ください。 | 1. 郵便局・コンビニ支払い 2. 代金引換 郵便局・コンビニは後払い。払込取扱票を商品と一緒に送付します。 1週間以内にご入金をお願いします。 {払込手数料は当店が負担いたします。} 代金引換宅配手数料は配達時に商品と現金引換えとなります。 (代金引換手数料は当店が負担いたします。) | |
| 配達希望時間 希望時間を囲んで下さい。 | 指定なし 午前中 12時～14時 14時～16時 16時～18時 18～20時 20時～21時 | |
| 商品配送先(必須) どちらかを囲んで下さい。 | お届け先は | 1. 上記住所 2. 上記以外の住所 |
| 商品配送先が上記以外の住所の場合は右欄にご記入ください。 | 氏名 | |
| | フリガナ | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| 商品配送先が別の場合のお支払方法 どちらかを囲んで下さい。 | 1. お届け先の方が支払われる (選択された支払い方法となります) 2. 注文者が支払われる (別途払込取扱票を送付いたします) | |
| 今回、どなたかにご紹介を受けてのご購入の場合は、紹介してくださった方が当店の紹介キャンペーン対象者となりますので下記ご記入ください。 (但し、紹介者様が当店登録者である場合に限り、紹介者様が次回注文時に当店からお礼として規定増量をさせていただくものです。) | | |
| ご紹介者様氏名(フルネーム) | | ご紹介者TEL |
| ご紹介者様ご住所(都道府県市区町村など) | | |
| 注文用紙受信後に受付確認のFAX返信を希望されますか？ 希望する (FAX番号 - -) ・ 希望しない | | |

上記につきましてご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。(フリーダイヤル0120-528-168 店長:福村 平日9:30～18:00のみ営業)