

ご注文年月日：      年      月

# FAX注文用紙

**新規      ・      継続**

いづれかに○をつけてください。

商品番号	商品名	サイズ／色	個数	価格
合計				

フリガナ お客様氏名			
フリガナ ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		
お支払方法	銀行振込	eコレクト(代金引換)現金	eコレクト(代金引換)カード
配達指定日時	日付指定：      月      日 (      )		
	時間指定：      午前      ・      午後      時 ~      時		
その他ご記入欄			

(注)太枠は全て必須になります。

お届け先	ご注文されたお客様の住所とお届け先が違う場合、ご記入ください。		
フリガナ お届け先様氏名			
フリガナ ご住所	〒		
電話番号			

**株式会社 健康社**

**FAX番号 027-243-3710**