

# FAX 注文書

\*ご注文確認書はメールにて返信させていただきます

お申込み日 年 月 日

▼下記の必要事項をご記入の上、FAX でお送りください。

① ご依頼主様	ふりがな		郵便番号	〒
	お名前			
	住所			
	電話番号		FAX 番号	
	Eメール			

② お届け先	ふりがな		郵便番号	〒
	お名前			
	住所			
	電話番号		ご注文者とお届け先が同じ場合は ②の項目は空欄で結構です。	

③お届け希望日	
月 日	*ご注文日より2営業日以降でご指定下さい。
配送時間帯指定 ( )	午前中,14~16時,16~18時,18~20時,19~21時

④お支払方法	
<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込	<b>送料全国一律 660円、代引き手数料 330円</b>
<small>代金引換をお選びのお客様はお届け時に、現金・クレジットカード・電子マネーの何れかでお支払いいただけます。</small>	<small>*商品代金 5,500円以上で代引き手数料またはお振込手数料は無料となります。商品代金 7,700円以上で送料も無料です。</small>

⑤ご注文商品			
商品名	容量	個数	単価

備考



創業大正十二年  
看板建築の  
環状相談薬局

**富士越薬品**

〒411-0853 静岡県三島市大社町 18-50

TEL. 055-975-0401

9:00~19:00 (平日) 9:00~18:00 (土曜、祝日)

FAX. 055-975-3841 24時間受付 OK

E-mail. info@fujikoshi-ph.com 24時間受付 OK

定休日. 日曜