

FAX 注文書

記入例

*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 R1 年 10 月 1 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	ふじこし たらう	郵便番号	〒411-0853
	お名前	富士越 太郎		
	住所	静岡県三島市大社町 18-50		
	電話番号	055-975-0401	FAX 番号	055-975-3841
	Eメール	info@fujikoshi-ph.com		*パソコンのアドレスをご記入下さい。

② お届け先	ふりがな		郵便番号	〒
	お名前	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。		
	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	
10 月 2 日 配送時間帯指定 (午前中)	*ご注文日より 2 営業日以降でご指定下さい。 午前中, 14~16 時, 16~18 時, 18~20 時, 19~21 時

④お支払方法	
<input checked="" type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込 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。	送料全国一律 660 円、代引き手数料 330 円 *商品代金 5,500 円 (税込) 以上で代引き手数料またはお振込手数料が無料となります。商品代金 7,700 円 (税込) 以上で送料も無料です。

⑤ご注文商品			
商品名	容量	個数	単価
キョーレオピンw	1 本	1	3,300
バイオリンク	500 錠	1	5,180
松寿仙	3 本	1	6,127

備考

その他のご質問やご要望などがある場合に、ご自由にご記入下さい。



創業大正十二年
看板建築の
漢方相談薬局

株式会社
富士越薬局

〒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