

## FAX購入申込書

※WEBサイトダウンロード用

0120-189-565

ご注文日(FAX送信日)

年 月 日送信

FAX送信方向

商品名(1商品あたり3個(3ヶ月分)まで)	価格(税込)	個数(購入数をご記入ください)	金額(税込)
10301 サイエンスワン	7,500円		
10201 クロセチン+マルチビタミン	5,800円		
10101 ロンヤン	6,800円		
10401 ピフィズスロンガム+テアニン	6,800円		
10501 アップルフェノンDr	6,800円		
10502 紅麹Dr	6,800円		
10601 プログラミール	17,850円		
購入個数に関わらず、全国送料一律			300円
(金額の計算に誤りがある場合は、当社にて正しい金額に修正させて頂くことがあります。)			合計 円

ご注文内容

以下3種類のうちお選び頂いたお支払い方法の「」内、印をご記入ください。(例  )
 **クレジットカード** ※ご注文されるご本人名義のものをご利用ください。  
 ※記入不備、カードの与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますので御了承ください。

 カード会社  VISA  マスター  JCB  AMEX  ダイナース

 カード番号                (ハイフンなし)

 カード有効期限  月  年 お支払い回数  1回  2回(JCBのみ)  リボ (※記入不備の場合1回払いになります。)

 **代金引換(宅急便コレクト 現金・クレジット)**

 ヤマト運輸・宅急便にて配送いたします。(代引き手数料無料)。  
 お客様のお手元に商品が到着しましたら、商品代金と配送料をお支払いください。  
 クレジットカードでもお支払い頂きます。

 **NP後払い(コンビニ・銀行振込・郵便振替)** ※記入不備、NP後払いの与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますので御了承ください。

 後払いのご注文には、株式会社ネットプロテクションズの提供するNP後払いサービスが適用され、サービスの範囲内で個人情報を提供し代金債権を譲渡します。別送される請求書で、発行から14日以内に大手コンビニ14社・郵便局・銀行のいずれかでお支払いください。  
 ※ご利用限度額は累積残高で5万円迄です。  
 ※NP後払いの手数料は無料です。


お支払い方法

お客様お届け先

お名前

P-card番号                コード番号  

ご住所

〒    -   

都道府県

市区町村

丁目

番地

号

号室

電話番号

メールアドレス

@

お届け時間  
ご指定欄
 午前中  12時~14時  14時~16時  16時~18時  18時~20時  20時~21時  指定なし

交通事情等によりご希望のお届け時間帯に添えない場合もありますので予めご了承下さい。

ご注文前に、以下をご確認下さい。

 私は、「個人情報の取扱いについて」の内容に同意し、上記のとおり商品の購入を申し込みます。  
 ※「個人情報の取扱いについて」: <http://www.189139.jp/fs/soiken/PrivacyPolicy.html>

 その他、弊社へ  
 ご連絡・ご意見など  
 ございましたら  
 こちらへご記入  
 ください。

松川歯科医院

 日本予防医薬株式会社 お客様相談室  
 〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2千里ライフサイエンスセンター13F  
 電話による受付 0120-189-139 受付時間9:00~17:00(土日祝除く)  
 FAXによる受付 0120-189-565 24時間受付  
 WEBによる受付 <http://189139.jp> 24時間受付
FAX番号  
(24時間受付中)

0120-189-565

お申込みありがとうございました。