

eパスタイム FAX 注文用紙(その他用)2022

| | |
|---------------|---|
| ご注文日 | 年 月 日 |
| (ふりがな) お名前 | () |
| お客様番号 | |
| お届け先 | 〒 |
| TEL / FAX | TEL : FAX : |
| お支払い方法 | <input type="checkbox"/> 代金引換宅配便 <input type="checkbox"/> NP 後払い (コンビニ・銀行振込・郵便振替) |
| お届け時間帯指定 | 指定なし 午前中 14時～16時 16時～18時 18時～20時 19時～21時 |

| 商品名 | 価格 (税込み) | 数量 | 小計 |
|---------------------|----------|----|---------|
| 記入例: レスキューレメディ 10ml | ¥2,400- | 2 | ¥4,800- |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ※) 商品名は省略せずに、正確にお書き下さい
- ※) 金額は全て税込みでご記入ください
- ※) 送料は、ホームページから書き写してください
(商品の合計額が 10,000 円以上の場合は送料無料です)
- ※) NP 後払いのご利用限度額は 累計残高で 55,000 円 (税込) 迄です

| | |
|----------|--|
| 商品の合計額 | |
| 送料 (宅配便) | |
| お支払い合計額 | |