

(ご注文フォーム) FAX注文は24時間受付です、下記ご記入の上ご送信ください。

**三共メディカル ファックス 0120-77-7975**

ご注文内容 ご希望の商品に、ご購入数をご記入ください(消費税・代引手数料・送料込み )

ご注文表 商品名 数量 価格 ご注文数

シーフコイダン	30ml(10本入)	1箱	8,400円	個
シーフコイダン	30ml(30本入)	3箱	25,200円	個
シーフコイダン	900ml	1本	20,300円	個
シーフコイダン	1800ml(加糖)	1本	31,000円	個
シーフコイダン	1800ml(無糖)	1本	31,000円	個

シーフコイダン 1800mlは、4本以上のお買い上げで 加糖・無糖共に 1本当たり 28,000円となります。

-----  
合計金額 円

-----  
お申し込み者

-----  
ご注文日 年 月 日

-----  
フリカナ 男・女 年齢 歳

-----  
お名前

-----  
ご住所 〒 -

-----  
TEL ( ) FAX ( )

-----  
メールアドレス

-----  
配達希望日、西暦 年 月 日

配達希望日なしの場合は空欄にしてください。配達日希望のお客様は目安になりますが、ご注文日を含めて10日以降をご記入ください  
お支払い方法や配達の諸事情により、ご希望日より多少前後する場合がございますのでご了承下さい。

-----  
配達希望時間帯 ご利用出来ない地域もありますのでご了承下さい

午前中 / 12:00 - 14:00 / 14:00 - 16:00 / 16:00 - 18:00 / 18:00 - 20:00 / 20:00-21:00

-----  
お支払いされる方をお選びください。

お申し込み者 お届け先の方

-----  
お支払い方法をお選びください。

代金引換 銀行振込 クレジットカード デビットカード

代金引換の場合、お届け先のお客様のお支払いとなります。

-----  
お届け先(上記と異なる場合にご記入ください)

-----  
フリカナ

-----  
お名前

-----  
ご住所 〒 -

-----  
TEL ( ) FAX ( )

-----  
ご確認のため、FAX到着後お電話にてご確認させていただきます。

希望時間

AM ・ PM ~ AM ・ PM

お電話でのご連絡が取れない場合には、携帯電話、FAX、E-mailにてご連絡いたしますのでご了承ください。

-----  
弊社に寄せられましたお客様の情報は厳重に管理し、いかなる場合に於いても第三者に対する譲渡、販売等の行為は一切行いませんのでご安心ください。