

24時間受付
FAX 03-5786-1471

FAXご注文用紙

ドクタープロダクツ株式会社

《初めてご購入されるお客様》

フリガナ			電話番号	
お名前			FAX	
ご自宅住所	〒 □□□ - □□□□		※マンション・アパート名・お部屋No. まででもれないようご記入下さい。 ※勤務先での登録は出来ません。	
	都道府県	市区郡		
生年月日	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 1. 女性 <input type="checkbox"/> 2. 男性
E-mail			ご職業	
当社をお知りになった理由をお聞かせ下さい				
今後お得なキャンペーン情報をお送りしてもよろしいですか？			<input type="checkbox"/>	1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/>

《会員登録されているお客様》

フリガナ			ご登録お電話番号	
お名前				

※ご登録内容に変更がある場合は《初めてご購入されるお客様》の記入欄に変更内容をご記入下さい。

《配達先指定》

お届け先住所	〒 □□□ - □□□□		※マンション・アパート名・お部屋No. まででもれないようご記入下さい。	
	都道府県	市区郡		
お届け先宛名			電話番号	

商品名	定価 (税込)	数量	合計金額
合計			送料
※お買い上げ総額10,500円未満(税込)の際には送料500円(税込)がかかります。			ご請求金額

《配達日指定》

《配達時間指定》

□□ 月 □□ 日	<input type="checkbox"/> 1. 希望なし <input type="checkbox"/> 2. 9:00~12:00 <input type="checkbox"/> 3. 12:00~14:00 <input type="checkbox"/> 4. 17:00~19:00 <input type="checkbox"/> 5. 19:00~21:00
-----------	--

※本日より5日以降でご指定下さい。

お支払方法	<input type="checkbox"/> 1. 代金引換 <input type="checkbox"/> 2. クレジットカード※ <input type="checkbox"/> 3. コンビニ※ ※クレジットカードのお支払い回数は一括払いのみとさせていただきます。 ※コンビニ払いは2回目以降のご注文からご利用いただけます。	
カード種類	<input type="checkbox"/> 1. VISA <input type="checkbox"/> 2. マスター <input type="checkbox"/> 3. UC <input type="checkbox"/> 4. JCB <input type="checkbox"/> 5. アメックス <input type="checkbox"/> 6. オリコ	
カード有効期限	□□ 月 / □□ 年	カード署名
カード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

※カード表記と同様にご記入下さい。



この方向に送信して下さい。