

●ご依頼主様	お客様番号	—		
	ふりがな			
	お名前			
	生年月日	明大昭平	年 月 日生	
	郵便番号	—		
	おところ			
	TEL	()	FAX	()
	連絡先TEL	()	連絡可能時間	時 ~ 時の間

●お届け先	1	お名前	商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記	
		おところ	〒					なし 内外	
		TEL	()						
		お名前	商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし		
2	お名前	商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記		
おところ	〒					なし 内外			
TEL	()								
お名前	商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし			のし表記	
3	お名前	商品番号	商品名	個数	金額(税別)	のし	のし表記		
おところ	〒					なし 内外			
TEL	()								

商品代合計(税別) 円

※梱包送料(税別) お届け先1カ所につき梱包送料500円(税別)。
 商品代合計が5,000円(税別)以上の場合、1カ所のみ梱包送料無料となります。
 税込合計金額につきましては、折り返しご連絡させていただきますので、ご連絡の取れるお電話番号またはFAX番号のご記入をお願い申し上げます。

どちらかにチェック☑をつけてください。

●お支払方法	<input type="checkbox"/> 郵便振込	出荷後、ご依頼主様へ請求させていただきます。		
	<input type="checkbox"/> クレジット払い	・ご利用になるカードに○ (VISA Master Nicos JCB AMEX)		
	※ (・ご本人名義のみ) (・1回払いのみ)	・カード番号		
		・有効期限	年 月	・カード名義

●通信欄	
------	--

ご依頼主様の個人情報は薬師堂で管理し、商品の発送や当社からの情報提供等に利用させていただきます。