

ナガエ薬局

FAXオーダーシート

送信日 : 年 月 日

送信枚数 : 枚中 枚

◎ご注文者様の情報

【お名前】

ふりがな: _____

【電話番号】

メールアドレス: _____

※必ず連絡可能な電話番号をご記入ください

【ご住所】

〒 - _____

・マンション名などがある場合: _____

【お届け先】

お名前 _____

TEL: () _____

〒 - _____

・マンション名などがある場合: _____

御注文者様と同じ住所、電話番号

【ご注文内容】

商品コード/商品ID	商品名	数量

◎お支払い方法 (チェックを付けてください)

代金引換便 銀行振込 郵便振替 代金後払い

◎ご希望のお届け時間帯 (チェックを付けてください)

午前中 12時~14時 14時~16時
 16時~18時 18時~20時 20時~21時

◎ご注文の確認方法 (チェックを付けてください)

メールアドレス 電話 FAX 連絡不要

※カウンセリング商品、第一類医薬品に關しましては連絡にて確認した後の発送となります。

◎配送に關して何かございましたらご記載ください

1. 送料

- ・ 5200円以上 : 無料
- ・ 5200円未満の場合 :
北海道、九州 (1000円)
中国・四国 (800円)
上記以外 (600円)
※沖縄 : 注文にかかわらず1300円

2. 支払い方法

- ・ 代金引換便
10000円以上 : 無料
10000円未満の場合 : 324円
- ・ 代金後払い
10000円以上 : 190円
- ・ 銀行振込、郵便振替
振込手数料はご負担ください。

販売者 : ナガエ薬局
東京都大田区久が原2-15-10
TEL : 03-5747-4193

FAX: 03-3755-5071

FAX: 03-3755-5071