

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、第一類医薬品に関しては連絡にて確認した後の発送となります。

◎配送に関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