株式会社トウ・キューピー

FAX専用お申し込み用紙

表・裏ご確認の上
こちら向きに
送信してください。

FAX：0120-200-441

（24時間通信料無料）

650-004

お申し込み日　　年　　月　　日

お申し込み商品

商品記号	商品名	価格（税込）	数量	小計
A－501	ヒアルロン酸&グルコサミン[コンドロイチン配合] 約30日分（150粒）	5,985円		円
A－505	ヒアルロン酸&グルコサミン[コンドロイチン配合] 約60日分（300粒）	11,340円		円

◎お申し込み商品のうち、どちらかに数量を記入してください。

お届け先 ※は必須項目となります。

ご依頼主（請求先）	お名前	※フリガナ ※姓	※名	電話番号 ※（　　）
	ご住所	※〒　－ 都道府県　市区郡		
	メールアドレス	@		

☆お届け先が上記と同じ場合、ご記入は不要です。

お届け先	お名前	フリガナ 姓	名	電話番号	（　　）
	ご住所	〒　－ 都道府県　市区郡			

お届け先指定

□ご贈答
商品はご指定のお届け先に、請求書はお客様のご登録住所へご送付いたします。

□その他
お勤め先などご登録住所以外へ商品と請求書を同送いたします。

お支払い方法

いずれかに✓印をつけてください。　※未記入の場合は振込とさせていただきます。

※　□ 郵便振込又はコンビニエンス　□ 代金引換　□ クレジットカード

※ただし、以下の場合はクレジットカードか代金引換でのお支払いとさせていただきます。
・初回のご注文の方で10,000円(税込)以上のご購入の場合　・1回のお届け商品の合計金額が31,500円(税込)を超える場合

時間帯指定

※ご希望のお届け時間帯に✓をつけてください。

□ 午前（ 8:00～12:00 ）
□ 午後（12:00～ 2:00 ）
□ 〃（ 2:00～ 4:00 ）
□ 〃（ 4:00～ 6:00 ）
□ 夜間（ 6:00～ 8:00 ）
□ 〃（ 8:00～ 9:00 ）

カード名　JCB・VISA・Master・アメックス・ダイナース・UC

会員番号　□□□□－□□□□－□□□□－□□□□

カード名義人　お申し込み者名義人とさせていただきます。

有効期限　20□□年□□月

通信欄	ご意見・ご希望等ございましたら、お書きください。