



FAX 注文書

年 月 日

漢方の葵堂薬局

お電話の方は
こちらへ→→  携帯・PHSOK

0120-789-301



0120-569-301

24時間
受付

受付時間 : 10:00~19:00
定休日 : 日・祝日

商品名	価格	注文数	備考

● ご注文者（2回目以降のご注文でご住所などに変更がなければお名前と電話番号のみでOKです）

住所	〒		
氏名			
TEL		FAX	

● お届け先が違う場合（同じ場合は、省略してください）

住所	〒		
氏名			
TEL		FAX	

● ご希望のお支払方法にチェックしてください。

銀行振込 代金引換 コンビニ クレジットカード(下記にご記入ください)

カード種類	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> AMEX	有効期限	月	年(西暦)
カード番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	セキュリティコード(※)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ご名義	※セキュリティコードはクレジットカード裏面の「ご署名欄」に印字された番号の下3桁または4桁の数字です。AMEXカードの場合、クレジットカード表面に記載されています4桁の番号がカードセキュリティコードです。						

● お届け希望日： 月 日（商品によっては、ご希望日に添えない場合もあります）

● 時間指定： 午前中 ・ 14~16時 ・ 16~18時 ・ 18~20時 ・ 19~21時

● 合計金額が 10,800円(税込)未満の場合、送料(648円)・代引手数料(360円)がかかります

FAX送信後、折り返し葵堂よりご連絡いたします。定休日、営業時間外の場合は翌営業日になります。ご了承ください。銀行振込でのお支払いは、ご入金確認後の発送となります。



F A X 0120-569-301

24時間
受付

