ひかり薬品ご注文 FAX 用紙

A4 用紙で印刷してください。

FAX 03-5941-9480

■ご注文者様、送付先ご記入欄

ご注文者名	フリガナ 様
お電話番号	（　　） 必ず連絡の取れる暗号をご記入下さい。
FAX 番号	（　　） 返信をご希望の方はご記入下さい。
送付先ご住所 省略せず ご記入下さい	□□□-□□□□　＿＿＿＿都道府県 【ご注文者様の宛名が異なる場合】　様　【配送先雄電話番号】

■お支払方法 商品お受け取り希望時間帯がございましたら、時間帯をマルで囲んでください。

現金で代金引換

※一箇所につき商品代金 10,500 円（税込）以上お買い上げの場合は送料・代引手数料が無料となります。

【商品お受け取り希望時間帯】※ご希望があればマルで囲んでください

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

■ご注文品ご記入欄 合計金額、消費税、送料、手数料などお間違えのないようご記入ください。

商品番号	商品名	単価	注文数	金額（税込）

■送料

都内 420 円（税込）　関西東北 630 円　九州 720 円です。

一箇所につき商品代金10,500 円(税込)以上お買い上げの場合は送料・代引手数料が無料となります。※離島地域の方は別途メールかお電話で送料をお知らせいたします。

※上記本文中の商品代金・送料・代引手数料は全て税込みのものです。

■手数料

代金引換手数料は　**324円(税込)** です。

銀行振込手数料はお客様のご負担となります。

小　計	
送　料	
代引手数料	
支払い合計	

FAX 03-5941-9480