

ファックス注文書

FAX 03-3354-0702

株式会社予防健康社・業務部

お申込み日	年	月	日
-------	---	---	---

ご注文情報

商品名	色の選択がある場合 ご記入ください。	ご注文数

お客様情報

ふりがな お名前			
住 所	〒		
電話番号		FAX番号	
Eメール			
備考欄			

★折り返しお申込み商品についての金額・送料・手数料等の合計金額と振込先等についてのご連絡をいたします。お望みの連絡方法に○印を記入ください。

Eメール

ファックス

電話

※本サイトに掲載しております「個人情報の取り扱いについて」にご同意のうえ、お送りください。