

# FAX注文用紙

ご依頼日 年 月 日

\*は記入必須事項です。

フリガナ						性別	
*お名前 (お振り込み名義人)						様	男・女
*生年月日 未成年の方のご利用は 固くお断りしております		西暦 年 月 日					
*ご住所		〒 — *郵便番号は商品不着防止のためなるべくご記入下さい					
		フリガナ					
* い ず れ か 必 須	電話番号	— —					
	FAX番号	— —					
	Eメールアドレス					@	
*銀行振込先・ご入金確認・荷物の追跡番号を弊社よりご連絡させていただきますので、ご都合の良い ご連絡方法をお選びください。(いずれか必須。あてはまる上記フォームにもご記入ください)							
<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Eメール							
*下記ご連絡先は、郵便局留めやお届け先が異なる場合のみご記入ください。空欄の場合は、上記住所にお届けいたします。							
お届け先(お受取人)		フリガナ				様	
お届け先住所		〒 — *郵便番号は商品不着防止のためなるべくご記入下さい					
		フリガナ					
電話番号		— —					
商品名	mg/ml/%	錠/カプセル	単価	数量	金額		
1			¥		¥		
2			¥		¥		
3			¥		¥		
4			¥		¥		
5			¥		¥		
6			¥		¥		
7			¥		¥		
*セット商品は商品名に「〇〇セット」までご記入ください。				送料	¥ 1,000		
				合計	¥		
ご依頼事項(何かございましたらご記入下さい)							

お薬110番

<https://okusuri110.shop/>

FAX 03-6736-0459

お薬110番の利用規約に同意の上、上記注文を申込みます。

# FAX注文用紙

ご依頼日 2014年 3月 10日

\*は記入必須事項です。

フリガナ	ヤマダ タロウ		性別		
*お名前 (お振り込み名義人)	山田 太郎 様		男・女		
*生年月日 未成年の方のご利用は 固くお断りしております	西暦 1970年 3月 10日				
*ご住所	〒 150 - 0002 *郵便番号は商品不着防止のためなるべくご記入下さい				
	フリガナ トウキョウトシブヤクシブヤ1-1-1				
	東京都渋谷区渋谷1-1-1				
	オクスリヒヤクトウバンアパート101				
*いずれか 必須	電話番号	090 - 1234 - 5678			
	FAX番号	03 - 1234 - 5678			
	Eメールアドレス	okusuri110 @ docomo.ne.jp			
*銀行振込先・ご入金確認・荷物の追跡番号を弊社よりご連絡させていただきますので、ご都合の良い ご連絡方法をお選びください。(いずれか必須。あてはまる上記フォームにもご記入ください)					
<input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> Eメール					
*下記ご連絡先は、郵便局留めやお届け先が異なる場合のみご記入ください。空欄の場合は、					
お届け先(お受取人)	フリガナ				
お届け先住所	〒 - *郵便番号は商品不着防止のため				
	フリガナ				
	(上記ご住所以外の場所に配達してほしい場合にご記入下さい)				
電話番号	-				
商品名	mg/ml/%	錠/カプセル	単価	数量	金額
1 バイアグラ	50mg	4錠	¥ 5,550	1	¥ 5,550
2 スーパーカマグラ	160mg	4錠	¥ 1,950	1	¥ 1,950
3			¥		¥
4			¥		¥
5			¥		¥
6			¥		¥
7			¥		¥
*セット商品は商品名に「〇〇セット」までご記入ください。				送料	¥ 1,000
				合計	¥ 8,500
ご依頼事項(何かございましたらご記入下さい)					

郵便局留めをご希望の方は  
ご自宅の住所、お名前の他に  
「郵便局の郵便番号」と「郵便局名」も  
ご記入してください。  
【記入例】  
〒160-0023  
新宿郵便局留め

お薬110番

https://okusuri110.shop/  
FAX 03-6736-0459  
お薬110番の利用規約に同意の上、上記注文を申込みます。

# FAX注文手順

- ① ダウンロードしたPDFをプリンターで印刷して下さい。
- ② 2枚目の記入例のようにFAX注文用紙を記入して下さい。
- ③ 記入したら 03-6736-0459 にFAX送信して下さい。
- ④ 送料を含めた合計金額を下記口座にお振込み下さい。

## 【お振込み先口座】

楽天銀行 法人第六支店

普通口座 5433316

アナザーレーン(カ)

振込み金額: 注文用紙の赤枠部分の金額

商品名	mg/ml/%	錠/カプセル	単価	数量	金額	
1	バイアグラ	50mg	4錠	¥ 5,550	1	¥ 5,550
2	スーパーカマグラ	160mg	4錠	¥ 1,950	1	¥ 1,950
3			¥			¥
4			¥			¥
5			¥			¥
6			¥			¥
7			¥			¥
*セット商品は商品名に「〇〇セット」までご記入ください。				送料	¥	1,000
				合計	¥	8,500

- ⑤ ご入金の確認が取れ次第で発送手配させていただきます。