



お問合せ TEL:03-6721-9512 (営業受付時間/平日10:00~17:00)

FAXご注文用紙

FAX

03-6721-9513

ご注文日		年	月	日	*は必須項目		運営会社:株式会社ヘルシーアイランド		
フリガナ お申込者 お名前									
お申込者 ご住所		〒							
メールアドレス									
TEL/FAX		/							
ご希望のご連絡方法		<input type="checkbox"/> メール		/		<input type="checkbox"/> 電話			
ダイレクトメールでのご案内		<input type="checkbox"/> 送付可		/		<input type="checkbox"/> 送付不可			
お支払方法		みずほ銀行振込 新宿新都心支店 普通 No.1033545 株式会社ヘルシーアイランド ※ご入金確認後の出荷となります。在庫、送料等の計算がございますので、弊社よりお振込み金額 連絡後ご入金ください。							
<input type="checkbox"/> 配達希望日時無 <input type="checkbox"/> 配達希望日時有		配達希望日時有の場合はここに記入してください。 配達希望日 月 日 ※配達希望日時は、ご注文日より14営業日~ご指定可能です。 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~20時 <input type="checkbox"/> 20時~21時			のし <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		必要なのしに印をおつけください。 <input type="checkbox"/> 御中元 <input type="checkbox"/> 御歳暮 <input type="checkbox"/> 御祝 <input type="checkbox"/> 無地のし <input type="checkbox"/> その他()		

↓お申込者と、お届け先が異なる場合のみご記入ください。

フリガナ お届け先 お名前								
お届け先 ご住所		〒						
TEL/FAX		/						

商品名	数量	金額	備考
合計			

MESSEGE

領収書の有無
 有 無
 お申込者へ送付します。

03-6721-9513 へFAXしてください

担当者がご連絡いたしますのでしばらくお待ちくださいませ。

※番号のお間違いのないようご確認くださいませよう願いたします。

※返品前には必ず(TEL:03-6721-9512)までご連絡ください。