

# ▲FAXご注文用紙▲



# 0120-390-796

【大塚製薬の通販】オオツカ・プラスワン  
<http://otsuka.jp>

●お電話(9時~20時受付・年中無休・通話料無料)  
 ☎0120-390-795

ご注文者情報記入欄 (ご請求先)			
お名前 (必須)	フリガナ	生年 大 月日 昭 平	年 月 日
		性別	男・女
ご住所 (必須)	〒 -	都道府県	
	(マンション・ビル名)		
電話番号 (必須)	-	-	
FAX番号	-	-	

お届け先情報記入欄	
フリガナ	※ご注文者と異なる場合に ご記入ください。
お名前 (必須)	
ご住所 (必須)	〒 - 都道府県 (マンション・ビル名)
電話番号 (必須)	- -
FAX番号	- -

お支払い方法 (ご希望のお支払方法にチェックしてください)  払い込み用紙 (コンビニエンス振込、郵便振替共通)  代金引換 (商品お届け時に商品と引換えにお支払い)

お届け時間帯指定 (ご希望のお届け時間帯にチェックしてください)  午前中  12時~14時  14時~16時  16時~18時  18時~21時  
 ※繁忙期にはご希望に添えかねる場合がございますのでご了承くださいませ。

商品番号	商品名	単価 (税込)	単品で購入 (1回のみのお届け)	定期便で購入 (毎月決まった日にお届け)	定期便のお届け間隔 ご希望のお届け間隔を (①日時指定、②週・曜日指定、③日にち間隔指定) いずれかに印または、ご記入ください。
			数量	数量	
			個	個/毎回	① 毎月 <input type="text"/> 日 ----- ② 毎月 第 <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 曜日 ----- ③ <input type="text"/> 日間隔
			個	個/毎回	① 毎月 <input type="text"/> 日 ----- ② 毎月 第 <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 曜日 ----- ③ <input type="text"/> 日間隔
			個	個/毎回	① 毎月 <input type="text"/> 日 ----- ② 毎月 第 <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 曜日 ----- ③ <input type="text"/> 日間隔

送料：ご注文金額が5,000円未満の場合 500円(税込) 円(税込)

合計金額(税込) 合計 円(税込)

ご連絡欄

※お支払方法:コンビニエンス振込・郵便振替・代金引換(商品お届け時に商品と引換えにお支払い)但し、ご購入商品の合計金額が2万1円以上の場合は、代金引換のみとなります。クレジットカードは、インターネットまたはお電話でのご注文のみご利用できます。  
 ※送料について:定期お届け便、または1回あたりのご注文金額が5,000円以上の場合は無料です。それ以外のご注文は別途送料として500円を申し受けます。  
 ※商品のお届け:離島などエリアにより商品をお届けできない場合があります。商品のお届けはエリアによって異なりますが、ご注文受付後3~5日ほどでお届けします。  
 ※ご注文に関するお問い合わせは、こちらにご連絡ください。 オオツカ・プラスワン コンタクトセンター ☎0120-390-795(9時~20時受付)  
 ※お客さま情報の利用目的について:ご記入いただいたお名前・ご住所・お電話番号など、お客さまの個人情報については、無料サンプルやご注文を頂戴した場合の商品の郵送、アフターサービスや新商品・サービスに関する情報のお知らせのために利用いたします。