

F A X 用 注 文 用 紙

■ **ご希望商品** ご注文いただく商品名と個数をお書き入れ下さい

商品	価格	個数
		個
		個
		個
		個

■ **ご注文されるお客様**

お名前		
ご住所	〒	
	(マンション・ビル名)	
	電話番号	F A X 番号

■ **お届け先** (お申し込みの方と同じ場合は記入いただく必要はありません)

お名前		
ご住所	〒	
	(マンション・ビル名)	
	電話番号	F A X 番号

■ **お支払い方法**

いずれかの方法をお選び下さい。	<input type="checkbox"/> 代金引換 (一番早くお届けできます。お急ぎの時はこちらがおすすめ☆) <input type="checkbox"/> SAGAWA 後払い (コンビニ後払い決済) ※SAGAWA 後払いご利用の場合 オンラインショップ内の「支払い方法について」にて、SAGAWA 後払いの注意事項や購入者向けサイトを事前に確認・承諾の上でお申込みください。
-----------------	--

■ **お届けの時間・日時**

配送着日指定	希望される配送日がありましたらご指定ください			月	日
配送着時間帯	<input type="checkbox"/> 指定しない				
	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 12時から14時	<input type="checkbox"/> 14時から16時		
	<input type="checkbox"/> 16時から18時	<input type="checkbox"/> 18時から20時	<input type="checkbox"/> 20時から21時		

■ **送料、代引料、手数料について**

<input type="checkbox"/> おまかせ便 <input type="checkbox"/> ヤマト便	おまかせ便の場合 (北海道と沖縄については別途追加送料あり) ●商品代金 8000円 (税抜) 以上の場合: 送料、代引き手数料のいずれも無料 ●商品代金 8000円 (税抜) 未満の場合: 送料 全国一律 700円+税 ◎手数料: ☆代引き、☆SAGAWA 後払い (コンビニ決済) ともに無料 ヤマト宅配便指定の場合 (北海道と沖縄については別途追加送料あり) 商品代金にかかわらず 900円+税
---	--

アート薬局・FAX 番号：076-233-2434