

注文書

▼お客様

ご住所 〒	
お名前 (フリガナ)	お電話番号 () -

▼お届け先 お客様のお住まいと商品のお届け先が異なる場合のみご記入ください。

ご住所 〒	
お名前 (フリガナ)	お電話番号 () -

商品名	金額	数量	小計

送料+手数料 800 円

※5,250 円（税抜き価格）以上の場合には無料

合計金額 円

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> カード決済（玄関先で決済）
配達ご希望日	年 月 日
配達ご希望時間	<input type="checkbox"/> いつでも良い <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
ご注文確認のご連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（電話で） <input type="checkbox"/> 必要（FAXで） FAX 番号： ※在庫切れの場合、お届け地域により配達日時のご希望に添えない場合は、お電話にてご連絡させていただきます。

※水曜日は定休日のため、発送業務を休ませていただきます。

お支払い方法、配送についての詳細は、ファミリー薬品 Web サイト「通販ご利用ガイド」をご参照下さい。

▼通信欄