

★・★・★ 御注文書 ★・★・★

健康シューズ	ご注文商品名				
	ご注文商品品番				
	上記商品の ご希望サイズ	右	cm	右	cm
		左	cm	左	cm
電子治療器 家庭用	ご注文商品名				
健康食品	ご注文商品名		×	個	
	ご注文商品名		×	個	
商品 ビューティ	ご注文商品名		×	個	
	ご注文商品名		×	個	
合計金額メモ(ご記入自由) (当方で再計算いたします)					円

お名前		様
お名前のふりがな		様
郵便番号	—	
ご住所	都道府県	
	市町村	
	建物	
電話番号(配送時確認用)	— —	
FAX番号	— —	
御連絡方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振込 <input type="checkbox"/> 代金引換	
配送ご希望時間帯 ( )内は郵便小包	<input type="checkbox"/> 午前中(9:00~12:00くらい) <input type="checkbox"/> 12:00~14:00(同) <input type="checkbox"/> 14:00~16:00(14:00~17:00) <input type="checkbox"/> 16:00~18:00(17:00~19:00) <input type="checkbox"/> 18:00~20:00(19:00~21:00) <input type="checkbox"/> 20:00~21:00 <input type="checkbox"/> 特になし	