

Fax Order Form

申込み用紙 (FAX) 1/2

このページを印刷して、必要事項をご記入の上、[0120-86-2571](tel:0120-86-2571)までFAXしてください。

お支払いはクレジットカード決済、銀行振込前払い、コンビニ決済後払い、あるいは着払い(バイアグラ、レビトラのみ)となります。バイアグラ、レビトラのコンビニ決済後払いでのお申し込みはお受け致しておりませんので御注意下さい。

下記商品の輸入代行を申込みます

- 1 申込み者お名前 _____
 - 2 お名前ふりがな _____
 - 3 郵便番号 _____
 - 4 都道府県名 _____
 - 5 市町村郡・番地 _____
 - 6 住所(2) _____
 - 7 ご住所ふりがな _____
 - 8 電話番号 _____
 - 9 ファックス番号 _____
 - 10 E-MAIL アドレス _____
 - 11 御希望の連絡方法 E-MAIL ファックス 電話
 - 12 お支払い方法 クレジットカード 銀行振込前払い
コンビニ後払い(バイアグラ、レビトラは不可)
日通ペリカン便利用着払(バイアグラ、レビトラのみ)
- クレジットカード払いを選ばれた方は#13 へ。その他の方は次ページ#18 へ。
- 13 カード種類 ビザカード マスターカード
 - 14 カード番号 _____

Fax Order Form

申込み用紙 (FAX) 2/2

15 カード有効期限 _____年____月

16 カード所有者名 _____

17 カード所有者
ご署名 _____

18 お申し込み商品 商品名 数量

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

19 連絡事項

-
- * 輸入する商品は、全て私個人の責任で有り、私個人の使用目的のためのものであります。
 - * 他人への販売や授与は致しません。
 - * 入手した医薬品は輸入者個人の責任において服用し、万一服用上いかなる問題が生じてもその責任は輸入者個人にあり、輸入代行を行う当社は一切の責任を負いません。
 - * 以上の内容を承諾の方のみお申込みください。