

イマジン ヘルスケアショップ FAX 注文用紙



24時間受付FAX番号

ご利用いただきありがとうございます。
※ご記入はボールペンでお願いします※

0120-948-606



お申込者様情報記入欄 ※の項目は必ずご記入ください

※お名前	フリガナ		
	姓	名	
※郵便番号	〒	<input type="text"/>	— <input type="text"/>
※ご住所	都道府県		
※電話番号	<input type="text"/>	— <input type="text"/>	— <input type="text"/>
生年月日	西暦	年	月 日 性別 男・女
メールアドレス	*PC・携帯のどちらでも可		

お申込み商品名を記載し①定期コース②単品のいずれかにお申込み個数をご記入ください。
(定期コース半額・30%オフは同一住所につき1箱のみ初回購入に限ります)

お申込み商品名	①【毎月お届け】 定期コース	② 単品
	個	個
	個	個
	個	個
	個	個
	個	個
	個	個

ご希望の項目に☑をつけてください。

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 後払い <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 代引き(現金) <input type="checkbox"/> 代引き(カード) <small>*クレジットカードをご選択の場合、後程お電話にてご情報をおうかがいします。記載のない方は後払いとなります。</small>
配達希望時間	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12~14時 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時 <input type="checkbox"/> 20~21時

その他何かありましたらご記載ください。

ご連絡事項	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">送料のご案内: 定期コースは全国送料無料、単品の場合は送料300円がかかります。</div>
-------	---

*お客様の個人情報は、個人情報保護法に基づき、厳重な管理下で利用させていただきます。
*お客様からの個人情報は商品のお届けの他、弊社グループのご案内情報のご提供以外の目的には使用しません。
イマジン・グローバル・ケア(株) 〒106-0032 東京都港区六本木3丁目16番12号 六本木KSビル8F

0120-497-265
受付時間: 9時~19時 (年末年始を除く)