

# ご注文用紙

| 商品名 | 個数 | 単価 |
|-----|----|----|
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
|     | 個  |    |
| 合計  |    |    |

お支払いはお届けの際に、代金引換でお願いいたします。(代引き手数料は315円です。)  
ご注文の商品代金が1万円未満の場合は送料を500円頂きます。

|                              |           |         |                               |         |         |         |
|------------------------------|-----------|---------|-------------------------------|---------|---------|---------|
| お名前                          |           |         |                               | 様       |         |         |
| ご住所                          | □□□□-□□□□ | 市       | 番地                            |         |         |         |
|                              |           |         | (マンション、アパート名<br>部屋番号までご記入下さい) |         |         |         |
| お電話番号                        |           | 生年月日    | M, T, S, H                    | 年<br>日  |         |         |
|                              |           |         | 月                             |         |         |         |
| ご希望の方は<br>お届け時間に<br>○をして下さい。 | 午前中       | 12時→14時 | 14時→16時                       | 16時→18時 | 18時→20時 | 20時→21時 |

ご注文はコチラ!

心と体の健康をご一緒に!

カスタニ薬局  
Kasutani Pharmacy

FAX: 06-6708-2128

フリーダイヤル: 0120-692-888 受付時間(お電話: 9~19時、FAX: 24時間受付)