



この方向にご送信ください

FAX 番号  
フリーダイヤル  
**0120-443-048**

## 定期購入用FAXご注文用紙

ご依頼主様	フリガナ	TEL	FAX
	お名前	市外局番( )	市外局番( )
	住所 〒		

支払方法	代金引換（現金支払い 及び お届け時クレジットカード払い を御利用いただけます）
------	--

### 配達先ご住所

※ご購入者様と配達先住所が違う場合にご記入ください。

ご依頼主様	フリガナ	TEL	FAX
	お名前	市外局番( )	市外局番( )
	住所 〒		

定期購入商品情報	商品名	お届けサイクル	数量	定期会員様 特別単価	金額	初回お届け希望日
	肝輝プレミアム	毎月 ・ 2ヶ月 ・ 3ヶ月		4,500		月 日
	初回以降お届け希望日	10日	・	20日	・	月末
	お届け希望時間 ①午前中 ②12時～14時 ③14時～16時 ④16時～18時 ⑤18時～20時 ⑥20時～21時					

※ 初回お届け希望日は申し込み日より5営業日を目安にご記入ください。