

FAXお申し込み書

必要事項をご記入の上、ファックスにて下記まで送信ください。



ご注文

商品名	価格	お申込数量	合計金額
DBナイトクリーム 30g	8,640円(税込)		

お申込み

氏名		
お送り先住所	(郵便番号 -)	
電話番号		
FAX番号		
お支払い方法 (どちらかに○をお付けください)	ゆうパック着払	銀行振込

【備考欄】

■ お振込口座のご案内

お振込にてお支払いをご希望のお客様は、FAX送信後7日以内に、下記までお振込ください。
お振込み金額は、ご注文の合計金額です。(振込手数料はご負担ください)なお、送料は無料です。

【お振込先】

銀行名 三菱UFJ銀行
支店名 浦安支店
口座種別 普通預金
口座番号 0839467
口座名義 有限会社メディケアネット代表取締役田所総
口座カナ ユ)メディケアネット

【FAX送信先】

047-351-8597

有限会社メディケアネット
〒279-0022 千葉県浦安市今川2-15-38 サンライズ今川ビル 2階
TEL:047-351-8598