



社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス ジェーマ事務局 宛

(FAX: 046-233-1613)

## FAX 注文書

■お届け先 ※印は必須項目です。      ご注文日:      年      月      日

お名前※			
郵便番号※	〒	-	
ご住所※			
お電話番号※	-	-	
FAX番号※	-	-	
メールアドレス	@		
ご希望納期	月	日	<input type="checkbox"/> 時間指定なし
	<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		
お支払方法※	<input type="checkbox"/> 銀行振込(先払い)		<input type="checkbox"/> 代金引換

○振込先      三菱東京UFJ銀行 海老名支店 普通      口座番号:0076314  
 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 理事長 杉原 弘晃  
 注)振込手数料は、お客様のご負担とさせていただきます。

○代金引換の場合は、別途代引き手数料をお支払いいただきます。

1万円未満:315円、1万円以上3万円未満:420円、  
 3万円以上10万円未満:630円 10万円以上30万円未満:1,050円

ご注文	商品名	1か月サイズ	個数	2週間パック	個数	小計
	グルコサミン&コンドロイチン	7,500円		3,500円		円
	キトサン&茶カテキン	6,200円		2,800円		円
	ルテイン	4,800円		2,000円		円
				小計		円
				代引き手数料(代金引換の場合)		円
				送料		500円
				合計		円

\*送料は全国一律500円です。離島及び一部地域につきましては、別途お見積りをさせていただきます。

備考