

# 商品注文書(契約者及び法人契約用)

FAX注文03-6300-0343

下記のとおり注文します。必ず注文者ご本人がご記入ください。

注文日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 個人契約 / <input type="checkbox"/> 法人契約	
■氏名又は法人名・代表者名				
フリガナ		お届け時間指定 いずれかに○をつけて ください	午前中/12~14	
			14~16/16~18	
住所		18~20/19~21		
〒				
電話番号		携帯番号		
メールアドレス				
■商品お届け住所【上記住所と異なる場合のみご記入ください】				
フリガナ				
〒				
電話番号		携帯番号		

■お申込商品			
商品名	数量	価格(税別)	金額
		小計	
		消費税	
		送料	
		合計	

通信欄	■お振込先【振込手数料はご負担願います】	
	銀行名	三井住友銀行
	支店	池袋支店
	口座	普通:2814906
	名義	アカサカウエルネス・メディカルキョウカイ
	お振込日	年 月 日付

■お問い合わせは下記迄お願いいたします。

**赤坂ウエルネス・メディカル協会**

〒151-0072東京都渋谷区幡ヶ谷3-9-3 401号

TEL:03-6300-0341/FAX:03-6300-0343

E-Mail: info\_akasakagroup@yahoo.co.jp