

ご注文／お問い合わせ用紙

No. _____

きららみらい薬局 豚皮由来コラーゲンペプチド専用用紙

送付日：平成 年 月 日

※太枠内をご記入ください

お客様氏名				様
〒	—			
ご送付先住所 (番地・マンション名まで 正確にご記入ください)		都 道 府 県		
ご連絡先	TEL(又は携帯)	()	—	
	FAX	()	—	

ご注文数	500g入り	単価 税込み	7,500円	×		=		円
	100g入り	単価 税込み	1,700円	×		=		円
合 計								円

お問い合わせのみの方は・・・

上記お客様氏名、ご住所、ご連絡先欄をご記入の上、下記へお問い合わせ内容をご記載ください。

--

きららみらい薬局 FAX (072)822-8667

番号のおかけ間違いには十分ご注意ください