

## ふじ光成堂薬局宛注文書(FAX・郵送用)

ふりがな ご氏名		お電話番号 (       )       -
ご住所	(〒       -       )	
メールアドレス	@	
DM	当店からのお得な情報のメールを       希望する       希望しない 当店からのお得な情報の郵送を       希望する       希望しない	
ご希望配達日時	月       日 午前 8～12 時 (午前中) 12～14 時 14～16 時 16～18 時 18～20 時 20～21 時 いつでも良い	店舗使用欄 (何も書かないで下さい)  ・上記時間帯ではご都合が悪い場合には、下記にご希望の時間帯をご記入下さい。 なるべくご要望にお答えできるようにいたします。
上記ご住所以外への配達をご希望の場合のみお届け先をご記入ください		
ふりがな お届け先ご氏名		お届け先お電話番号 (       )       -
お届け先ご住所	(〒       -       )	
代金請求先	ご注文主様	お届け先様
お支払方法	コンビニ・郵便       代引	銀行振込       ぱるる送金
食物アレルギー	なし       ある (       )	
食事の摂取制限	なし       ある (       )	
ご注文商品	*商品名と個数をご記入ください。 .....       個 ----- .....       個 ----- .....       個 ----- .....       個 ----- .....       個 ----- .....       個 ----- .....       個	
その他、ご意見・ご要望がございましたらご記入ください。		

〒607-8331 京都府京都市山科区川田御輿塚町 23-2 ふじ光成堂薬局ネット通販事業部  
 Fax:075-501-5169 Tel:075-501-5217 URL: <http://www.kouseido.com/>  
**フリーダイヤル：0120-366-117**