

# FAX 注文書

この用紙を直接FAXでご送信ください。

※税込価格の金額です。

商品名	金額	数量	合計金額	
キューサイ青汁(冷凍) ※4セット未満のご注文の場合は、送料420円が別途必要となります。	1,100			
粉末青汁(420g)	6,300			
<b>初回限定特典(1世帯1回限り)</b>				
はちみつ青汁30包 初回特典 ※初回特典は1回限りのため、ご注文される場合は、数量は1とご記入下さい。	3,800			
ヒアルロン酸コラーゲン(150g) 初回特典 ※初回特典は1回限りのため、ご注文される場合は、数量は1とご記入下さい。	4,950			
キューサイ コラリッチ 初回特典 ※初回特典は1回限りのため、ご注文される場合は、数量は1とご記入下さい。	4,950			
<b>まとめ買い割引商品 (5~15%OFF)</b>				
ヒアルロン酸コラーゲン(150g) 3袋まとめ買い	13,365			
<b>定期割引コース商品 (10%OFF)</b>				
粉末青汁(420g) 1袋定期コース ※お届け間隔は1ヶ月に1回、2ヶ月に1回、3ヶ月に1回からお選びいただけます。	5,670			お届け間隔
				ヶ月に1回
				ヶ月に1回
<b>総合計金額</b>				<b>円</b>

※上記以外の商品をご注文される場合は、空欄にご記入ください。

(フリガナ)				性別	男・女	年齢	歳
お名前							
ご住所	〒 -						
TEL	(必須)	FAX					
E-mail	@	(必須)	配送希望日	月	日		

お支払い方法		ご希望のお支払い方法の□にチェックしてください。	
<input type="checkbox"/>	代金引換		
<input type="checkbox"/>	後払い ( <input type="checkbox"/> コンビニ <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込 )	※商品発送後請求書お振込み用紙を発送します。	
<input type="checkbox"/>	クレジット ※クレジットカードご利用の方は、下記の項目にもご記入ください。		
ご利用カード会社 ( <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース )			
カード番号	-	-	-
有効期限	年	月	※カード表記では、年月が逆になってますので、ご確認ください。
ご署名			

※送料は、購入金額が合計3,500円以上から送料無料です。3,500円未満の場合は、送料420円が別途必要となります。  
代引き手数料は、お買い上げ金額に関係なく無料です。

※記入いただいた個人情報は、商品の発送を目的に使用します。お客様の承諾なしに第三者に提供することはありません。(法令により開示を求められた場合は除く)

**FAX** 送信先 → **052-324-6573** (24時間受付)

キューサイ健康食品販売株式会社

〒460-0013 名古屋市中区上前津2丁目12番1号 上前津エフワンビル2F TEL 052-322-0831  
☎ 0120-06-0831 (9:00~21:00/年中無休)