

住所・氏名の印字がない場合はご記入ください。

ご依頼主様

新	フリガナ			
	氏名			
	ご住所	☎	-	-
	〒			



〈ご注文受付期間〉

1/9金

 $2/28_{\pm}$

ご注文承り書

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)						商品番号	個数	包装	ご利用きご指定	
おとこ	- - - 住所							☐ 包装する	のし紙指定	☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年/冬) ☐ 名入れ()
								☐ 包装する		時間帯指定
	お名前	フリガナ							☐ 包装する	
氏名							☐ 包装する			
様										

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)						商品番号	個数	包装	ご利用きご指定		
おとこ	- - - 住所							☐ 包装する	のし紙指定	☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年 / 冬) ☐ 名入れ()	
								☐ 包装する			
								☐ 包装する			
お名前	フリガナ							☐ 包装する	時間帯指定	☐ 午前中 ☐ 14～16時 ☐ 16～18時 ☐ 18～20時 ☐ 19～21時 ☐ 希望なし	
	氏名										
様											

	お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)						商品番号	個数	包装	ご利用向き指定							
おとこころ	- 住所 ☎ - -								☐ 包装する	のし紙指定	☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年 / 冬) ☐ 名入れ()						
									☐ 包装する								
									☐ 包装する								
お名前前	フリガナ								☐ 包装する	時間帯指定	☐ 午前中 ☐ 14～16時 ☐ 16～18時 ☐ 18～20時 ☐ 19～21時 ☐ 希望なし						
	氏名								☐ 包装する								
													様				

[illegible]

通信欄 ☆指定日等のご連絡をご記入ください。

[illegible]

〈健康食品〉購入者限定プレゼント品記入欄

プレゼント商品名	数量
プロボリスエキス(11ml)	
プロボリス粒(50粒入)	
ローヤルゼリー粒J800(40粒入)	
ローヤルコラーゲンC(40粒入)	
プロマイGソフトカプセル40(30粒入)	
ポーレンパルメットS(40粒入)	

***健康食品【プロポリス・ローヤルゼリーとその加工品、サプリメント】**
 をご購入で、合計10,800円ごとにいずれかをプレゼントいたします。
購入金額に応じてご希望の数量をご記入ください。

ご注文
合計額

--	--	--	--	--	--

※代金引換ご希望の場合は ☐ **代金引換**
 チェックをしてください。

※お支払いは、郵便振替・コンビニ振込とさせていただきます。(ご注文2回目までは代金引換のみとなります。)

※健康食品プレゼント対象となるお買い上げ金額10,800円は、送料・クール料金・代引手数料を除きます。