江本薬局 FAX ご注文用紙　24 時間受付　(FAX：076-455-2486)

商品名	個数	金額

ご注文者様	お名前	フリガナ	電話番号	
	ご住所	〒　　ー		
	メールアドレス			
	ご連絡先	※携帯電話など日中のご連絡先		

※お届け先が上記と異なる場合のみご記入ください。

お届け先	お名前	フリガナ	電話番号	
	ご住所	〒　　ー		

▼お届け希望日

年　　月　　日

※ご注文日より７日以上の余裕をもってご指定ください。

▼お支払い方法

☐ 代金引換　☐ 銀行振込　☐ 郵便振込

▼お届け希望時間

	指定なし
	9:00～12:00
	12:00～14:00
	14:00～16:00
	16:00～18:00
	18:00～20:00
	20:00～21:00

※ご希望の時間帯に○印をつけてください。

▼ご意見・ご要望など

江本薬局　〒939-2354 富山県富山市八尾町東町 2212-1　TEL.076-455-2487　FAX.076-455-2486