



FAX 専用お申込み用紙

FAX.024-973-6556



◎お申し込みの方のお名前・生年月日・性別・ご住所・お電話番号

お名前	フリガナ		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご請求先住所	〒□□□□□□□□		
電話番号			

◎商品のお届け先 (左のご請求先と同じ場合は空欄)

お名前	フリガナ		
ご請求先住所	〒□□□□□□□□		
電話番号			

【個人情報の保護】 お客様の個人情報について、株式会社スマイル・ジャパン (Care&Cure) では、お客様の個人情報を当社の商品のお届けご案内及びサービス向上にのみご利用させていただきます。当社の個人情報保護方針は、<http://www.care-cure.jp> でご確認ください。

◎お支払い方法をご指定ください

お支払い方法 合計金額によって設定	[3万円未満] <input type="checkbox"/> 郵便振替 [3万円以上] <input type="checkbox"/> 代金交換 [金額問わず] <input type="checkbox"/> クレジットカード		
種類	<input type="checkbox"/> JCB カード <input type="checkbox"/> VISA カード <input type="checkbox"/> アメックスカード <input type="checkbox"/> マスターカード <input type="checkbox"/> NICOS カード		
名義	※ご注文者様ご本人名義カードに限らせていただいています。	番号	
有効期限		お支払い回数	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 (回) <small>※1回払い、2回払い、リボ払い、分割払い(3・5・6・10)が選ばいただけます。ただし、アメックスは1回払いのみとなります。</small>

◎1回のみのお届け (通常価格でのご購入) のお申込み

商品番号	商品名	数量	価格 (税込)
			円
			円
			円
			円
			円
			円

◎[定期購入コース] の申し込み

※[定期購入コース] は、4回以上のご継続をお願いしています。
※初回のお届け日が、翌月から毎月のお届け日となります。

商品番号	商品名	数量	価格 (税込)
			円
			円
			円
			円

※カタログ等に記載されている商品価格には消費税が含まれています。

※[定期購入コース] と [1回のみのお届け]、2つのコースで一緒にお申込みいただいた場合、それぞれのコースの商品価格 (定価) の合計金額ごとに割引率が適用されます。2つのコース両方をまとめた合計金額からの割引ではありませんので、予めご了承ください。

◎ご連絡欄