

このオーダーシートを印刷して、下記事項全てを必ずご記入の上、FAXして下さい。
 FAX送信先：020-4667-0158（又は03-3468-3995，年中無休24時間受付）

痛ポイントシール 申込書

お 申 込 者	お申込日 200 年 月 日 ()	e-mail (確認メール宛先/メール不要・無い場合は記入不要。)	
	フリガナ	携帯電話(無い場合は記入不要) ()	生年月日 19 年 月 日
	お名前	TEL ()	FAX(無い場合記入不要) ()
	ご住所(ご自宅) 〒 都道府県		

受 取 場 所	お申込者ご住所にお届け以外でお受取りの場合のみご記入ください。 〒 都道府県		
	TEL ()	FAX(無い場合記入不要) ()	

時 間	お受取り希望時間(場合によってはご希望に添えない場合がございますがご容赦ください。)			
	ご指定なし	午前中	12-14時	14-16時 16-18時 18-21時

お 支 払 方 法	をチェックしてください。		
	現金振込(入金確認後の発送になります。振込手数料はご負担ください。) (三菱UFJ銀行/大森駅前支店/普通/4576528/アレス株式会社)		
	代金引換(現金) 代金引換(デビットカード・クレジットカード)		

お 申 込 商 品	ご購入商品の数量をご記入ください。			
	商品NO	商 品 名	単 価	数 量
	721	痛ポイントシール	5,800	
	722	痛ポイントシール×2箱セット	11,000	
	723	痛ポイントシール×3箱セット	16,500	
	***	消費税・代引手数料・送料	無 料	
消費税・送料・代引手数料全て込み。表示金額以外一切掛かりません。				

ご連絡事項(受取ご希望の日にちなど、何かありましたらこちらにどうぞ)

ARIES-NET利用規約を承認の上、下記のとおり申し込みます。
 お申込者自署及び押印

印

秘密保持の観点からお客様への電話・FAXでの受注確認のご連絡はさしあげておりません。
 (電話による秘密漏洩や受注確認FAXが人目に触れる可能性がある為。)
 確認したいお客様は上記e-mail欄にご記入頂くか、FAXではなくe-mailでご注文ください。

2018.3.30.版