

# FAX注文書

FAX  
番号 03-4577-6390



ご依頼日 西暦 年 月 日

※FAX送信日をご記入ください

ご注文の流れ

- ①FAX送信後、弊社から 合計金額 と 振込先口座 を折り返し連絡いたします。
  - 内容に間違いがなければ24時間以内に連絡し、そちらを以って正式な受注とさせていただきます。
  - 弊社からの折り返し連絡は、記載して頂いたメールアドレスまたはFAX番号宛にお送りします。
- ②弊社から折り返し連絡内に記載した振込先指定口座にお振込みください。
- ③弊社でご入金を確認後、配送手配します。ご到着までお待ちください。

鉛筆以外のペンで明瞭明確に必要事項を記入してください。

価格は為替レートによって変動致します。必ずご注文時に三越屋サイトで確認下さい。お支払い金額に不足のある場合、商品の発送が滞ることがございますので、予めご了承ください。

額面が1万円を超える全ての輸入品には、関税がかかります。これは日本へ医薬品を輸入するには必ずかかるものとお考えください。また課税品の場合は、受け取る際に通関料（郵便局の取扱手数料）が別途必要です。商品お受取の際郵便局員にお支払い頂きます。

ふりがな			
注文者氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
電話番号		FAX番号	
Eメール	@		
郵便局留 (ご希望の方のみ)	〒	—	※郵便番号は必ずご記入ください 県 市 郵便局留

※受け取りたい郵便局の郵便番号と受け取りたい郵便局名の表記。また、郵便局留をご希望の場合はご注文者の住所表記が必要です。

注文者住所 (アパート名や番地も記入)	〒	—	※郵便番号は必ずご記入ください
------------------------	---	---	-----------------

※宛先が会社名、ビル名、または病院名等の場合、通関ができません。必ず個人宅宛にして下さい。

製品コード	ご注文品 <small>本サイトに記載されている名称を正確にご記入ください</small>	mg/ml/%	単位	数量	備考

その他、連絡事項やお問合せなどありましたらこちらにご記入ください

## 誓約文

服用に際し例え如何なる問題が発生しようとも、貴社には一切の責任を問わないものとします。

私（注文者）は、三越屋の利用規約に同意のうえ、上記の注文を申し込みます。