

MFS FAX 専用注文書 FAX番号:0120-732-520

※ご注文時点で効力のある「ご利用規約」を承諾の上、注文します。「ご利用規約」はインターネットをご参照ください。

MFS メディカルフードサービス 行

ご注文日: 年 月 日

ご注文者 (ご請求先)	
フリガナ お名前:	ご住所:〒 - 電話番号: - - FAX: - -
メールアドレス	ご紹介病院・ご紹介者

上記連絡先にご注文の返信をさせていただきます。

ご希望の連絡方法 電話 FAX メール 連絡希望時間帯(電話の場合) 午前中 12時~14時 15時以降

お届け先 (お届け先が上記と異なる場合のみご記入ください)	
フリガナ お名前:	お届け先ご住所:〒 - お届け先 電話番号: - - FAX: - -

ご注文代理人:

住所

電話番号:

	商品番号	商品名	本体価格	数量
①				
	定期お届けサイクル <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月一回 <input type="checkbox"/> 一回だけ			
②				
	定期お届けサイクル <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月一回 <input type="checkbox"/> 一回だけ			
③				
	定期お届けサイクル <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月一回 <input type="checkbox"/> 一回だけ			

※ご希望のお届けサイクルに☑チェックマークを入れてください。※ご請求は発送日ベースとなります。

〈個人情報の取り扱いについて〉

お客様の個人情報は商品の発送、代金決済、アフターサービスの提供(返品・交換・商品情報提供)、商品・キャンペーンに関する情報のお知らせのためのみに使用し、目的以外の使用、業務委託先を除く第三者への提供は一切いたしません。利用目的について個人情報保護法を厳守し、利用目的達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う事はいたしません。

お支払方法 ☑チェックマークを入れてください。※消費税を別途申し受けます。

コンビニ・郵便局 代金引換 口座引落

※手数料はお客様負担 ※申請が完了するまでコンビニ・郵便局にてお支払いください。

備考欄 (お客様からのご連絡事項、お届け時間のご指定などございましたら、こちらにご記入ください。)

お届け希望時間帯: 午前中 14時~16時 16時~18時 18時~20時 19時~21時