

変更等はいつでも可能ですが、お届け日の**7日前**までにお電話でご連絡をお願い致します。

**ご注意** こちらの注文書は定期お届けコース専用の申込書となります。詳しくは P.71 をご覧ください。

**キッセイ 定期お届けコース専用 申込書** FAX 番号 :0120-815-804

ご注文者 キッセイヘルスケア通販のご利用 あり なし

申込日 年 月 日	電話番号
フリガナ	ご住所 (〒 - )
お名前	
ダイレクトメール送付 <input type="checkbox"/> 不要	日中のご連絡先 電話番号

※商品のお届け先が上記と異なる場合は、請求書の送付先を下から選び、下の枠内をご記入ください。

請求書送付先 <input type="checkbox"/> ご注文された方 <input type="checkbox"/> 商品お届け先	電話番号
フリガナ	ご住所 (〒 - )
お名前	
ダイレクトメール送付 <input type="checkbox"/> 不要	日中のご連絡先 電話番号

**定期 お届け日**

毎月 2ヶ月に1回 3ヶ月に1回

初回お届け希望日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2回目以降 指定月 \_\_\_\_\_ 日 第 \_\_\_\_\_ 曜日  \_\_\_\_\_ 日の後の \_\_\_\_\_ 曜日

**配達時間指定**

時間指定なし 午前中 (8:00~12:00) 14:00~16:00

16:00~18:00 18:00~20:00 19:00~21:00

**お支払い方法 (手数料:無料)**

振込(郵便局/コンビニエンスストア) 代金引換

クレジットカードでのお支払いは電話注文のみの受付となります

**定期お届け 商品**

商品番号	商品名	販売単位	単価(円)	数量	金額
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					
⑨					
⑩					
送料	商品金額合計 10,000円以上:送料無料 10,000円未満:500円				
合計金額					

お問い合わせ:キッセイヘルスケア通販 電話番号:0120-588-117 営業時間:9:00~17:00(土・日・祝日を除く)