この方向にご送信ください

『まつもと薬局』通信販売専用

# ＦＡＸ　注　文　書

FAX番号

**0155-22-3535**

★ 商品の発送は電話確認後となりますので、必ずお電話番号をお書き下さい。

★ ご注文が2枚以上にわたる場合は送付枚数をご記入の上まとめてお送りください。

| | | |
|---|---|---|
| ご住所 | ふりがな | |
| | 〒<br>都 道<br>府 県 | |
| お名前 | ふりがな | ★電 話 番 号 ／ ＦＡＸ番号 |
| | | |

| 商 品 名（味の種類） | 数 量 | 単 価 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 備 考 欄 |
|---|
| ※ 折り返しお電話をさせていただきます。電話をかける際にご都合の良い日時等ございましたらお知らせください。<br>ただし、営業時間内のご連絡とさせていただきますので、ご了承ください。 |

| 送付枚数 | 1 枚 |
|---|---|