

こちら向きにFAX送信してください。

1 ○印をつけてください。

今回のみ

定期お届けの方は
下記の項目にご記入ください。

定期お届け

新規お申し込み

お届け内容変更

① 配達コース

毎月

2ヶ月に一度

3ヶ月に一度

② 初回お届け希望月

月

③ お届け希望日

日

第 (1・2・3・4)

曜日

2 ご希望の商品の空欄に○印、購入数をご記入ください。

商品名	商品価格	○印	数量	
紫黒米健康酢 (720ml)	2,100円	<input type="checkbox"/>	本	
パープルコラーゲンタブレット	3,465円	<input type="checkbox"/>	個	
パープルコラーゲンプレミアム	4,830円	<input type="checkbox"/>	個	
グルコサミンプラス	4,830円	<input type="checkbox"/>	個	
スーパー醗酵きのこ	10,500円	<input type="checkbox"/>	個	
トリプル・コレダウン	6,300円	<input type="checkbox"/>	個	
お試しセット	紫黒米健康酢 (170ml×2)	1,050円	1	セット
	パープルコラーゲンタブレット	1,050円	1	セット
	パープルコラーゲンプレミアム	1,050円	1	セット
	グルコサミンプラス	1,050円	1	セット
	スーパー醗酵きのこ	1,050円	1	セット
	トリプル・コレダウン	1,050円	1	セット
計量カップ／樹脂キャップ	無料			

代金引換のみ

※「お試しセット」は1家族1商品1回限り、送料・手数料無料。お支払いは代金引換のみ。

※「お試しセット」は紫黒米健康酢は14日分、その他は10日分。 ※価格は全て税込価格です。

3

ご購入
金額

円

+

送料+
お支払手数料

円

=

お支払い
合計金額

円

4

お支払
方法

代金引換

コンビニ・郵便局(後払い)

※初めてのご購入の方、ご購入金額が2万円以上の方のお支払いは、代金引換のみとなります。

5

お届け
希望時間

① 午前中

② 12時～14時

③ 14時～16時

④ 16時～18時

⑤ 18時～20時

⑥ 20時～21時

6

フリガナ

差出人

お名前

電話番号

ご住所

〒

0120-704-307 FAX

11416-01C