

# フリーダイヤルFAX 0120-189-565

| ご注文内容                             |        |       |        |        |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|--------|
| 商品名(定期お届けコース 10%OFF 送料無料)         | 価格(税込) | お届け周期 | 個数     | 金額(税込) |
| イミダペプチド(30本)                      | 6,750円 | 15日   |        |        |
| イミダペプチドうめ風味(30本)                  | 6,750円 | 30日   |        |        |
| イミダペプチドQ10(30本)                   | 8,505円 | 40日   |        |        |
| イミダペプチドソフトカプセル(120粒)              | 6,750円 | 60日   |        |        |
| イミダペプチドプレミアム(90粒)                 | 8,505円 |       |        |        |
| 定期お届けコース ビタミンC錠(120粒)             | 480円   |       |        |        |
| ビフィズスロンガム+テアニン(28包)               | 3,980円 |       |        |        |
| 商品名(通常商品)                         | 価格(税込) | 個数    | 金額(税込) |        |
| イミダペプチド(10本)                      | 2,680円 |       |        |        |
| イミダペプチド(30本)                      | 7,500円 |       |        |        |
| イミダペプチドうめ風味(10本)                  | 2,680円 |       |        |        |
| イミダペプチドうめ風味(30本)                  | 7,500円 |       |        |        |
| イミダペプチドQ10(10本)                   | 3,380円 |       |        |        |
| イミダペプチドQ10(30本)                   | 9,450円 |       |        |        |
| イミダペプチドソフトカプセル(120粒)              | 7,500円 |       |        |        |
| イミダペプチドプレミアム(90粒)                 | 9,450円 |       |        |        |
| ビタミンC錠 1000mg 30日分(120錠)          | 480円   |       |        |        |
| ビフィズスロンガム+テアニン(28包)               | 4,423円 |       |        |        |
| ※購入個数に関わらず全国送料一律 300円             |        |       | 送料     |        |
| (計算に誤りがありましたら、当社にて正しい金額に修正いたします。) |        |       | 合計     |        |

※ 定期お届けコースの解約は、3回分のお届けまでにご解約いただけません。解約は4回目以降からのみ承ります。

※ お届け周期の記入がない場合は、30日周期でお届けいたします。

| お支払い方法   |   |
|--|---|
| 以下 3 種類のうちお選びいただいたお支払い方法の「 <input type="checkbox"/> 」内、 <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください。(例 <input checked="" type="checkbox"/> ) |   |
| <input type="checkbox"/> クレジットカード ※記入不備、与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますのでご了承ください。  |   |
| カード会社  | <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> マスター <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース |
| カード番号  | — — — — —   |
| カード有効期限  | 月 年   |
| <input type="checkbox"/> 代金引換(宅急便コレクト 現金・クレジット)  |   |
| <input type="checkbox"/> NP 後払い(コンビニ・銀行振込・郵便振替) ※記入不備、NP 後払いの与信の審査結果によっては代金引換になる場合がございますのでご了承ください。   |   |

▼下記項目をご記入ください。

| お客様お届け先  |   |
|----------|---|
| お名前      |   |
| ご住所      | 〒 — — — — —   |
| 電話番号     | メールアドレス   |
| お届け時間ご指定 | <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時<br><input type="checkbox"/> 18時~20時 <input type="checkbox"/> 20時~21時 <input type="checkbox"/> 指定なし<br>交通事情等によりご希望のお届け時間帯に添えない場合もありますので、予めご了承ください。 |

| ご要望など |
|-------|
|       |

お申し込みありがとうございました

フリーダイヤルFAX0120-189-565