

CAC化粧品 ACC薬品部通販本部FAX専用ご注文書

ご登録番号 - ※書き込む欄は色の濃いボールペン等ではっきりとご記入ください。

●お名前、お電話番号は必ずご記入ください。

フリガナ

お名前

生年 西暦 年 月 日生
月 日

電話番号 ()

FAX番号 ()

ご希望の番号に○をつけてください。

①住所の変更	②はじめてのご注文	③、④の場合、請求書の送り先は
③登録以外の住所へのお届け	④ご贈答	1.ご登録住所 2.下記住所

フリガナ

お名前

市外局番

電話番号 ()

フリガナ

ご住所 -

※ご住所はアパート、マンション名まで正確にご記入ください。

ご紹介者名

ご登録番号

電話番号

()

●ご希望の配達時間帯に○をつけてください。

指定なし 午前中 14~16時 16~18時
 18~20時 19~21時

●ご希望のポイント使用項目に○をつけてください。

一部のみ使用される場合は()内に使用ポイントをご記入ください。※1ポイント=1円(税込)
※記入不備や未記入の場合は、保有ポイントをすべて使用させていただきます。

すべて使用する 一部使用する()ポイント 使用しない

商品番号	商品名〔商品番号は明確に、またメイクはカラーまでご記入ください。〕	数量	金額
合計			

●ご希望のお支払い方法に○をつけてください。未記入の場合は郵便局・コンビニ払込となります。

※2013年10月以降にご登録いただいたお客様は、払込票でのお支払いはできませんのでご了承ください。

郵便局・コンビニ払込 コレクト(代引き) クレジットカード支払 Pay-easy

カード番号が、16桁のUC、VISA、Master、JCBカード、15桁のAMEXカード、14桁のダイナースカードがお使いいただけます。

カード名称	1. UC	2. VISA	3. Master	4. JCB	5. AMEX	6. ダイナースカード
カード番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
有効期限	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	ご名義

※お支払いは一括払いになります。 ※記入不備の場合は郵便局・コンビニ払込になる場合がございますので、ご了承ください。

☎ 0120-419-012