

## 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 ..... 生年月日 西暦 年 月 日生  
 お名前 ..... 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 ③登録以外の住所へのお届け	②はじめてのご注文 ④ご贈答	③、④の場合、請求書の送り先は 1.ご登録住所 2.下記住所
-------------------	-------------------------	-------------------	-----------------------------------

フリガナ ..... 市外局番 .....  
 お名前 ..... 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     12~14時     14~16時  
 16~18時     18~20時     20~21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**