ＦＡＸ ご注文書

アガリクス友の会　（無料 ＦＡＸ　００８８－２２－７７１１）

ご注文ありがとうございます。恐れ入りますが、ご注文の数量と金額を
下記にご記入下さい。

超吸収アガリクスα　：　個数＿＿＿＿＿＿＿＿個（錠剤タイプ）

個数＿＿＿＿＿＿＿＿個（顆粒タイプ）

金額＿＿＿＿＿＿＿＿円（消費税込）

※ 送料は無料です。

ご芳名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所　□□□ ― □□□□

都道府県　　市郡　　区

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL／FAX　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

初めてのご購入ですか？　　はい□　　いいえ□

※　ご記入内容について不明な点がある場合は、こちらからお電話をさせていただく
　　こともございます。差し支えのないお電話番号をご記入下さい。