

FAX : 03-3830-0394

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

プラセンタ注文申込書

春日駅前あべファミリークリニック 宛

下記のとおり、商品の購入を申し込みます。

商品名	金額(税込)	数量
JBPプラセンタゼリーピュア	¥7,500	
JBPポーサイン 100	¥12,000	
合計金額		

※ 他に、石鹸や化粧品などたくさんの種類があります。

当クリニックのホームページをご覧ください→



フリガナ	
申込者氏名	
フリガナ	
送付先住所	
TEL	

- ・ 合計金額を下記の口座までお振込ください。送付先住所へ着払いにてご郵送いたします。
- ・ 時間指定をご希望の方は以下の備考欄にご記入ください。
- ・ また、着払以外の郵送方法をご希望の方はお電話でご相談ください。

三井住友銀行(0009) 小石川支店(813) 普通預金 3851661 アベ タクミ

備考

お電話でもご注文を受け付けております。TEL:03-3830-0395