

①お届け先

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	

※発送完了のご連絡などをFAXでさせていただきます。

②ご注文者（お届け先と異なる場合のみご記入ください）

ふりがな			
お名前			
お電話番号		FAX番号	

※発送完了連絡について（ ）の中に○をつけてください。 ※発送完了のご連絡などをFAXでさせていただきます。

発送完了のご連絡は、（お届け先 ・ ご注文者） に行く。

③ご注文商品

商品名	単価	ご注文数量	
一星岩腱鞘炎セット	10000 円		
お試しセット	5000 円		
ちょっとお試しセット	3200 円		
※送料（商品代金以外に送料が必要です） 送料は1件につき、450円。（全国一律） 2万円以上ご購入の方は送料無料といたします。		合計金額	
		送料	+ 450 円

※商品は代金引き換え郵便でお送りします。
代金は郵便物の配達員にお支払ください。

腱鞘炎110番

大阪市北区梅田1丁目11番4号大阪駅前第4ビル
9階923-478号
株式会社スタープランニング

TEL: 06-6105-2263