CBON
To create and produce the beauty

FAXご注文用紙

FAX 0120-18-4880

FAX送信方向
24時間受付

会員番号		メールアドレス	@ ☐ メールでのお得な情報を希望する
フリガナ			電話番号 ー ー
お名前	姓 / 名		生年月日 年 月 日
ご住所	〒□□□-□□□□ 都道府県 区郡市		

※建物名・会社名・様方も必ずご記入ください

ご注文数量をご記入ください。下記以外の製品をご注文の場合は、空欄に必要事項をご記入ください。

※ご注文金額5,000円(税込)以上は送料無料

品番	製品名	単価(税込)	数量	小計(税込)
合計			個	円

時間帯指定 ※ご希望の時間帯に✓を付けてください
☐ 8〜12時 ☐ 12〜14時 ☐ 14〜16時 ☐ 16〜18時 ☐ 18〜20時 ☐ 20〜21時

お支払い方法 ※いずれかに✓を付けてください
☐ NP後払い(コンビニ・郵便局・銀行) ☐ 代金引換 ☐ クレジットカード

クレジットカードをご利用の場合 ※1回払いのみとなります ※必要事項をすべてご記入ください

☐ JCB ☐ VISA ☐ マスター ☐ アメックス ☐ オリコ ☐ アプラス ☐ DINERS

カード番号 □□□□-□□□□-□□□□-□□□□ □

本人署名欄 *ご本人様名義のカードのみご利用いただけます。

カード有効期限 □□月 □□年 *カード表記と同様にご記入ください。

あなたのクチコミ大募集

シーボンでは、製品へのご感想やご意見、
ご使用時のエピソードなどのお便りをお待ちしております。

お便り欄

お寄せいただいたお声は、会報誌、広告、ホームページ等に掲載させていただく場合がございます。ご提供いただきました個人情報は、当社の個人情報保護の基本方針に従い、製品発送の目的で利用し、その他の目的で利用することはありません。

はい ・ いいえ | ペンネーム ( )代 記入例:40代