

F A X

申込 FAX 番号 054-667-0960

* 番号をお間違えないようお願いいたします。

クロロフィル 健康食品お試しサンプル申込み 専用 FAX 用紙

お申し込み商品

商品名	個数	金額(税込)
N-アセチルグルコサミン 50粒入り	1個	1,000円

* 送料、代引手数料は無料。

商品のお届け先に関する必要事項をご記入ください。

フリガナ		男	生年月日			
お名前	様	女	19	年	月	日
ご住所	〒					
お電話番号	()	—				
FAX番号	()	—				
E-mail						

お試しサンプルをお申し込みのお客様へ

※一人でも多くのお客様にお試しいただきたく、お試しサンプルのご購入は一人様1点一度限りとさせていただきます。
ております。申し訳ありませんが、以前に購入履歴のあるお客様は注文できません。

※住所、名前を変え、複数購入をしてネットオークション等での転売は禁止しております。オークションでの転売はメーカー保証対象外となるため他のお客様にご迷惑となるので、そのような行為はお控えくださいますようお願いいたします。なお、複数のお申し込みと判断した場合、お届けを控えることもございますのでご了承ください。

お客様の個人情報の取り扱いについて

商品のお申し込みやお問い合わせでいただきましたお客様の個人情報(氏名、住所、電話番号、お申し込み内容等)は、クロロフィル日興製薬株式会社にて厳重な一元管理をさせていただきます。商品や資料の発送、各種ご連絡等の通信や各種サービスの提供に使用させていただく事があります。

お申し込みに関するお問い合わせ

○ 健康食品お試しサンプルお申し込みに関するお問い合わせは下記までご連絡ください。

電話番号 054-282-0966 FAX 番号 054-282-0990 メールアドレス order-inquiry@chloro.co.jp

○ お電話でのお問い合わせは下記の時間帯でお願いいたします。

平日(月~金)9時~16時 *土日祝祭日、弊社指定日(夏期、冬期)は休日です。