

セラ水定期購入申込書

平成 年 月 日

財団法人予防医学会

理事長 土井 俊 廣 殿

申込者 住 所

氏 名

⑩

電話番号

FAX 番号

次のとおり定期購入したいので申込みします。

購入する商品名	セラ水 20リットル 単価 3,510円 (税込価格・定期購入割引 10%)		
購入数	個		
定期購入開始月	年 月 より		
発 送 先	ふりがな 氏 名	電話番号	
		FAX 番号	
	住 所	〒	
お届け希望時間	いつでも・午前中・12~14時・14~16時・16~18時・18~20時・20~21時		
メモ			

定期購入は、3回以上継続していただくことが条件です。

定期購入の場合は通常価格より10%オフにてお送りします。

お申込みは自動更新となりますので、セラ水の定期購入を休止又は中止される際にはセラ水に同梱されている各種申込書ハガキの変更・休止・中止欄及びその他必要事項を記入の上、休止又は休止を希望される前月までに本会にお送りください。

※セラ水は代金引き換えでお送りいたします。

その際、送料及び代引き手数料は別途ご負担していただきます。