

ホメオパス様記入欄	発行日* 年 月 日			この適用書の有効期限* 年 月 日		
	フリガナ			ホメオパシーセンター名		
	相談者様名*		年齢*	センター電話番号		
	相談者様が未成年の場合保護者様名		年齢	ホメオパス様名		
相談者様TEL/FAX*			TELは必ず記入してください			

<< お客様記入欄 > 必須項目のご記入が無い場合、確認にお時間をいただきますため、発送が遅れます。

適用書送付方法* <small>注文方法に関わらず必ずこの適用書を送信ください</small>		<input type="checkbox"/> FAXで送信 : 03-5831-8532 <input type="checkbox"/> メールに添付して送信 : info@homeo-re.com ◆写メールなどで送信してください
ご注文方法* <input type="checkbox"/> Web注文 <input type="checkbox"/> FAX注文 <input type="checkbox"/> メール注文	今回ご注文時ご利用ポイント(Web2回目以降注文 会員登録有の方) <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 全て使用 <input type="checkbox"/> pt使用 【この適用書とWeb注文を照合しますので、上のTEL欄 又は 下のE-mail欄 をご記入ください】	
	送付先情報・支払方法等の登録をされていない方 <input type="checkbox"/> 登録を希望する <input type="checkbox"/> 登録を希望しない 送付先情報・支払方法等を既に登録されている方 <input type="checkbox"/> 前回と同じ送付先・支払方法で注文 【「 <input type="checkbox"/> 前回と同じ送付先・支払方法で注文」をお選びになった方は、ご登録のTELを上のTEL欄にご記入ください】	
	携帯 E-mail	
お届け希望 月 日 () お支払確認後、5日後からご指定いただけます。ご指定がない場合、最短で発送します <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14-16時 <input type="checkbox"/> 16-18時 <input type="checkbox"/> 18-20時		

★初めの方は、以下赤枠点線内を必ずご記入ください 登録内容は更新登録されます
 ★(FAX・メール注文) 送付先情報・支払方法等登録済の方で、登録内容と異なる発送をご希望の場合は、以下赤枠点線内をご記入ください

お支払方法*	<input type="checkbox"/> 代引き (手数料324円) <input type="checkbox"/> 郵便振替/銀行振込 (前払) 【「代引き」が一番早くお届けできます】
送付先ご住所*	
〒	
送付先お宛名 (上記「相談者名」「保護者名」と異なる場合、記入してください)	

レメディコムからのご注文についてのご連絡方法 メール 電話 FAX 不要 (代引きの方のみ)

品名 適用レメディ名	サイズ			備考欄
	数量	形状	粒数	
		砂糖玉		
		液体		
		砂糖玉		
		液体		
		砂糖玉		
		液体		
		砂糖玉		
		液体		
		砂糖玉		
		液体		

ご要望欄	
------	--