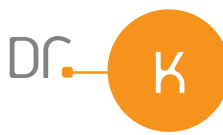


ご注文日 (FAX 送信日)

月 日 送信



ドクターケイ FAX 番号 **03-5464-1218** / 24時間受付

WEB <http://www.doctork.jp/>
 お客様窓口 **0120-68-1217**
 受付時間 9:00~21:00 (年中無休)

※ご注文の際は、ドクターケイご利用規約 (<http://www.doctork.jp/kiyaku/>) が適用され、自動的に会員登録されます。

■ご注文商品 (ご注文数をご記入下さい。)

ケイカクテルVクレンジングジェルクリーム  <メイク落とし>150g ¥3,500 (税抜) 個	ケイクリアソープ  <メイク落とし洗顔石けん> 標準重量 80g ¥3,500 (税抜) 個	ケイカクテルVローション  <化粧水>150mL ¥7,000 (税抜) 個	ケイホワイトミルク  <乳液>100mL ¥8,000 (税抜) 個	ケイコンセントレートオイル プラス  <美容液オイル>30mL ¥10,000 (税抜) 個
ケイコントロールエッセンス  <ブースター美容液>20mL ¥7,500 (税抜) 個	ケイカクテルVプレミアムクリーム  <クリーム>30g ¥16,000 (税抜) 個	ケイスキンバリアUVベース  <日焼け止め化粧下地>30g ¥6,000 (税抜) 個	フルラインでお試いただけます！  ¥1,000 (税抜) 個	旅行に便利なトラベルセット ドクターケイで人気のアイテムを ポーチに入れたお手頃セット。  <ケイトラベルセット> ¥2,800 (税抜) 個

※税抜10,000円未満のご注文の場合、送料600円(税抜)をいただきます。

※代金引換の場合、ご注文金額に関係なく一律300円(税抜)をいただきます。

※割引クーポンご利用の際は、クーポン番号をご記入ください。

送料	
代引手数料	
クーポン	No.
合計金額	¥

■お届け指定時間

ご注文日より5営業日以降を指定してください。
 北海道・九州・沖縄地方のお客様は、お日にちが遅れる可能性があります。

月 日 ※枠内に希望日をご記入ください。お試セットはネコポスでのお届けになりますので、時間指定ができません。
 午前中 12:00 - 14:00 14:00 - 16:00 16:00 - 18:00 18:00 - 20:00 18:00 - 21:00 19:00 - 21:00

■ご注文者様

生年月日	年 月 日
電話番号	<input type="text"/>
携帯電話番号	<input type="text"/>
お名前	
お届け先 (こちらをご記入内容をお客様のご住所として登録いたします。)	(以前登録された内容に変更がある場合、変更前の内容をご記入ください。)
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
都道府県	都道府県
区 市郡	区 市郡
アパート・マンション名	アパート・マンション名
お名前	お名前 (旧姓)
電話番号	電話番号

その他お届け先 (上記お届け先以外への発送をご希望される方は、こちら併せてご記入ください。) 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 区市郡 アパート・マンション名	お届け先電話番号 () 区市郡 お届け先名 (個人名、勤務先など) 様方
---	---

お支払方法 (どちらかに○印をご記入ください。ご指定がない場合は 代金引換 とさせていただきます。)

代金引換 ※代引手数料324円をいただきます。	カード ※右記項目を必ずご記入ください。	カードの種類 <input type="checkbox"/> 1.VISA <input type="checkbox"/> 2.Master <input type="checkbox"/> 3.JCB <input type="checkbox"/> 4.Diners Club <input type="checkbox"/> 5.AMERICAN EXPRESS ※ご本人様名義に限らせていただきます。	支払回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> リボ	※○印をご記入ください。(回数のご指定がない場合は1回払いとなります) month / year
	カード番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		有効期限 <input type="text"/> / <input type="text"/>	

FAX No: **03-5464-1218**

株式会社ドクターケイ
 〒107-0061 東京都港区北青山3-12-9 花茂ビル3F