オーダーシート

《配送先、クレジットカード情報を必ずご記入下さい。》

注文日:　　年　　月　　日　　ポイント月:　　月

お名前:　　TEL:　　FAX:

緊急連絡先:　　eメールアドレス:

JA番号:JA

カード番号:　　CVV番号　　有効期限:　　年　　月

名義人:　☐本人　　☐他人/名前

その他の支払い方法:☐銀行振り込み　お振込み金額は、折り返しご連絡致します。

配送方法:　☐宅配　　☐First Class　　☐PMI　　☐EMS

Nu Skin ADRご希望の場合は、下記に発送希望日をご記入下さい。

Nu Skin ADR 毎月　　日に発送希望

製品コード	製品名	単価	数量	小計

合計＄

■商品配送先

ご住所:〒

お名前:　　TEL

ご注文は、**FAX:03-6867-0769**まで

マックスエキスプレス e-mail:nuskin@max-express.com http://www.max-express.com