

FAX 申込用紙

FAX 送信番号
088-677-8681

折返し FAX 又は E-mail で注文の確認をさせていただきます。
ご記入はボールペンでお願いいたします。

チェックワンファスト (1 回用) 下記項目について「はい」または「いいえ」にチェックをつけてください。

(1) 本キットは体外診断用医薬品であり、それ以外の目的に使用しないでください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 本キットは尿中 hCG の検出の目的にのみ用い、確定診断は専門医の臨床所見に従ってください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) 添付文書以外の使用方法については保証を致しません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1 箱あたり税込 800 円に送料クロネコヤマト送料代金及び代引き手数料 324 円が掛ります。

ご注文主様

お名前	フリガナ	TEL	
		FAX	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	E-mail	
ご住所	〒□□□ - □□□□ ※アパート・マンションの名称など詳しくご記入ください。		
数量	※おひとり様 3 点限り 個		
その他質問事項など			

(注意) お客様の健康状態・相談事項から薬剤師・登録販売者がお薬の服用が適さないと判断した際は、販売できないこともありますのでご了承ください。