

# オートシップ契約確認書

(各種申請書と一緒に提出して下さい)

サンヘルセン株式会社

〒130-0001 東京都墨田区吾妻橋 2-2-1 SH センタービル TEL:03-3625-8711 FAX:03-3625-8710

申請者		会員No.	
-----	--	-------	--

●上記申請者と発送先を別にする場合、下記欄に記入して下さい。(別宛発送先)

氏名		☎	(      )
住所	〒		

●商品名と数量をご記入下さい。

3ヶ月に一度、32,400円(税込)引落としになります。商品の選定は会員価格で37,800円(税込)以内にして下さい。

商品名	数量	商品名	数量

●1回目(初回分)の支払方法に○印を付けて下さい。

<input type="checkbox"/> <b>銀行振込</b> <small>(振込手数料 自己負担)</small>	<input type="checkbox"/> <b>ゆうちょ振込</b> <small>(振込手数料 自己負担)</small>	<input type="checkbox"/> <b>代金引換</b> <small>(代引手数料 無料)</small>
---	---	---

●お届け時間帯をご希望の方は○印を付けて下さい。

<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 午前中(12時まで)	<input type="checkbox"/> 14時～16時
<input type="checkbox"/> 16時～18時	<input type="checkbox"/> 18時～20時	<input type="checkbox"/> 19時～21時

<<備考欄>>