

申請日： 年 月 日

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

●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	<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》