

注文用紙

International Pharmaceutical Services

FAXの場合: 1 (650) 573-6400へファックスしてください。
郵送の場合: 3 W 37th Avenue, Suite 12, San Mateo, CA 94403 USAまで郵送してください。

お客様情報

※ローマ字でご記入願います。

名前: _____

住所: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

Emailアドレス: _____

お届け先

※左記と違う場合のみご記入下さい。
ローマ字でご記入願います。

名前: _____

住所: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

Emailアドレス: _____

ご依頼医薬品 ※英語でご記入下さい	単価	数量	価格

お届け方法をご選択ください:

- FedEx便: US\$72.00
 国際スピード郵便(EMS): US\$33.00
 書留航空郵便: US\$19.20
 速達航空郵便: US\$8.40
 冷蔵配送: US\$150.00

小計

配送保険(任意)ご希望の場合
小計の3%をこの欄にご記入下さい

送料

合計

クレジットカード情報:

- VISA マスターカード アメリカン・エキスプレス
 JCB ダイナースクラブ

カード番号: _____

有効期限(月/年): ____/____ セキュリティコード: _____

通信欄:

ご注文の際には本注文書に必要事項をご記入の上、ファックス、または郵送にて当社にお送りください。IPS宛でのUSドル建の小切手またはマネーオーダーでのお支払いも承っております。ファックスによるご注文は1 (650) 573-6400まで、郵送によるご注文は、3 W 37th Avenue, Suite 12, San Mateo, CA 94403 USA まで郵送してください。

購入者は、全商品は、現地の医師の監督下における個人使用を目的として購入されるものであることを証明します。

署名: _____

日付: _____