

このページを印刷のうえ、必要事項を記入いただきお送りください。

■ TEL 0120-880262 ■ FAX 0120-379309

■□■ サンプル お申込シート ■□■

【お申し込み上の注意】

※は必須項目です。

ご記入漏れがありますと、サンプルをお送りできない場合があります。

サンプルの送付は初めての方に限らせて頂きます。

また、一世帯につき一個とし、同一住所の場合、

何件お申し込み頂いても一件のお申し込みとして処理させていただきます。

ご記入日： 年 月 日

■ご希望のサンプル※	<input type="checkbox"/> 髪之助 <input type="checkbox"/> リモネアローション
■お名前※	
■ふりがな※	
■生年月日(西暦)※	年 月 日
■性別※	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
■郵便番号※	
■ご住所※	
■電話番号※	
■FAX番号	
■電子メール	
■当社を知ったきっかけは？ その他何でもお書き下さい。	