

# 特別ダイエットプログラム申し込みFAX用紙

ご注文者情報・お届け先情報をお書きください。

あなたのお名前	フリガナ ----- 様		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	歳
お電話番号	ご自宅 ( ) 携帯 ( )	FAX	( )			
E-mail	@					
ご住所	□□□-□□□□		都道府県	市区町村		
----- マンション・ビル名						

ご希望のカウンセリングコースをご記入ください。

ご来店カウンセリング	お電話カウンセリング
<input type="checkbox"/> 1ヶ月で目標2-3kgコース 来店カウンセリング2回 + 電話カウンセリング2回 + メールでのカウンセリング 20,000円	<input type="checkbox"/> 1ヶ月で目標2-3kgコース 電話カウンセリング2回 + メールでのカウンセリング 10,000円
<input type="checkbox"/> 2ヶ月で目標3-5kgコース 来店カウンセリング4回 + 電話カウンセリング4回 + メールでのカウンセリング 35,000円	<input type="checkbox"/> 2ヶ月で目標3-5kgコース 電話カウンセリング4回 + メールでのカウンセリング 20,000円
<input type="checkbox"/> 3ヶ月で目標5-8kgコース 来店カウンセリング6回 + 電話カウンセリング6回 + メールでのカウンセリング 55,000円	<input type="checkbox"/> 3ヶ月で目標5-8kgコース 電話カウンセリング6回 + メールでのカウンセリング 30,000円

1回目のカウンセリング希望日時をご記入ください。(月～金曜日9:30～17:30でご指定ください)

曜日・日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)
第1希望日時	: ~	: ~	: ~	: ~	: ~
第2希望日時	: ~	: ~	: ~	: ~	: ~
第3希望日時	: ~	: ~	: ~	: ~	: ~

カウンセリングの前に、特別プログラムキットをお届けします。  
ご希望のお届け時間につけてください。

時間指定	<input type="radio"/> おまかせ	<input type="radio"/> 午前中	<input type="radio"/> 12-14	<input type="radio"/> 14-16	<input type="radio"/> 16-18	<input type="radio"/> 18-21
------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

お支払い方法をどちらか1つをつけてください。

<input type="radio"/> 代金引換(現金払い)	<input type="radio"/> 代金引換(クレジットカード払い)
----------------------------------	--

ご意見・ご質問などお書き添えください。

ご注文内容確認後ご連絡させていただきます。ご希望の返信方法をお選びください。

<input type="radio"/> FAX	→	<input type="radio"/> 同上
<input type="radio"/> メール	→	

上記FAX番号・メールアドレス以外への返信ご希望の際はご記入ください。

FAX ☎ 0120-81-2979