

FAX  
 送信方向

**03-5281-9812**

# 「カラダチェック」お申込用紙

## FAXのお申込手順

① ご希望の個数・合計金額・総合計金額をご記入ください。

商品名	価格（税込）	購入個数	合計金額
<b>ソイチェック</b> （エクオール郵送検査キット）	<b>4,104 円</b> （本体 3,800 円）	× _____ 個	_____ 円
<b>サビチェック</b> （酸化ストレス郵送検査キット）	<b>4,104 円</b> （本体 3,800 円）	× _____ 個	_____ 円
<b>シオチェック</b> （食塩摂取量郵送検査キット）	<b>2,160 円</b> （本体 2,000 円）	× _____ 個	_____ 円
<b>ビフィチェック</b> （腸内フローラ郵送検査キット）	<b>12,960 円</b> （本体 12,000 円）	× _____ 個	_____ 円
<b>総合計金額</b>			_____ 円

② お送り先の情報をご記入のうえ、03-5281-9812までFAXください。

お名前	ふりがな		
ご住所	〒		
電話		FAX	

③ 代金は先払いになります。下記の銀行口座までお振込みください（振込用紙のお送りはございません）。ご入金確認後、商品をお送りさせていただきます。

みずほ銀行 神田駅前支店 普通 口座番号 2354873  
 口座名義：株式会社ヘルスケアシステムズ

※振込にかかる手数料はお客様のご負担にてお願いいたします。

ご注文ありがとうございました。

お問合せ先：TEL.03-5281-9811  
 株式会社ヘルスケアシステムズ  
 東京都千代田区神田小川町 1-1-15  
 D & F 御茶ノ水ビル5F