

FAX  
送信方向

050-3737-3691

# 「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
エクオール検査『ソイチェック』	4,104 円 (本体 3,800 円)	× _____ 個	_____ 円
腸内環境検査『腸活チェック』	2,970 円 (本体 2,750 円)	× _____ 個	_____ 円
酸化ストレス検査『サビチェック』	4,104 円 (本体 3,800 円)	× _____ 個	_____ 円
減塩検定『シオチェック』	2,160 円 (本体 2,000 円)	× _____ 個	_____ 円
腸内フローラ検査『ビフィチェック』	12,960 円 (本体 12,000 円)	× _____ 個	_____ 円
腸内フローラ検査『スリムチェック』	12,960 円 (本体 12,000 円)	× _____ 個	_____ 円
総合計金額			_____ 円

② お送り先の情報をご記入のうえ、050-3737-3691までFAXください。

お名前	ふりがな		
ご住所	〒		
電 話			F A X

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。

お問合せ先：TEL.050-3640-3595  
株式会社ヘルスケアシステムズ

東京都港区新橋 4-6-15  
日新建物新橋ビル 7F

ご注文ありがとうございました。