

エフィール・ウォーター 「知床らうす海洋深層水」(純水ブレンド) お申込書

エフィール・ウォーター「知床らうす海洋深層水」をご希望のお客様は、以下の項目にご記入の上、「もぐもぐ共和国」までFAXでお送りください。

フリガナ	
お名前 (会社名・ご担当者名)	性別(男・女) 歳
フリガナ	
ご住所	〒
	階 号室 エレベーター(有・無)
お電話番号	ご自宅・勤務先 携帯電話 FAX
メールアドレス	
つながり やすい 時間帯	月 日～ 月 日 または、 曜日～ 曜日 時 分頃 ～ 時 分頃
ご訪問 ご連絡 ご希望日	月 日 曜日 時 分頃 ～ 時 分頃
サーバータイプ	いずれかご希望のタイプに✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> カウンタータイプ <input type="checkbox"/> フロアタイプ

お申し込み送信先 FAX 番号

0744-44-5552

エフィール・ウォーター「知床らうす海洋深層水」(純水ブレンド)お申込先
株式会社アレルギーヘルスケア
奈良県桜井市谷 63-1 TEL 0744-44-5558

※個人情報の保護についてのお約束

お客様からご提供いただいた個人情報は、メーカーからのサンプルのお届け、新商品やサービスのご案内等にご利用させていただきます。また、個人情報を取り扱う際は、適切な管理を行い、外部からの不正アクセス、紛失、破壊、改ざんおよび漏えい等の危険防止に努め、適切かつ合理的なレベルの安全対策を行います。また、お客様の個人情報を、お客様ご自身の同意なしに、業務委託先以外の第三者に開示、提示することはありません。ただし、法令により開示を求められた場合など正当な理由がある場合はこの限りではありません。
お客様の個人情報に関するお問合せにつきましては、株式会社アレルギーヘルスケア(0744-44-5558)までご連絡ください。