

以下の項目を記入してください

First Cast : Vol.01 _____ 本
DVD購入本数 : Vol.02 _____ 本

お支払い方法 : 銀行振り込み 代金引換
(チェックしてください)

名前(漢字) : (姓) _____ (名) _____

名前(カタカナ) : (姓) _____ (名) _____

性別 : 男性 女性
(チェックしてください)

メールアドレス : _____

年齢 : _____ 才

職業 : 小・中・高校生 短大・大学生 専門学校生 アルバイト
(チェックしてください) 会社員 公務員 自営業 主婦 その他()

商品発送先 : 〒 _____

商品発送先電話番号 : _____

連絡先(FAX) : _____

連絡先(携帯電話等) : _____

ご注文確認書のお届け方法 : FAX e-mail
(チェックしてください)

以下の質問にお答え下さい

1.本製品をどこでお知りになりましたか？(該当するものをチェックしてください)

- このホームページで Googleなどの検索サイトから 雑誌
 その他のHPから その他

1.で「その他」と答えられた方は、具体的に何でお知りになりましたか？

2.本商品を購入しようと思った理由は何ですか？

お問い合わせ先

大阪市中央区南船場3-8-7-702 株式会社バイオリンク販売 D-project
TEL : 06-6245-2236 FAX : 06-6120-1509 Eメールアドレス : bl-eizo@d-project.info