

正会員：追加ポジション申請書

株式会社再生クラブ

〒530-0001

大阪府大阪市北区梅田1丁目2番2号大阪駅前第2ビル12-12

TEL:06-6776-9660 FAX:050-3730-9703

※商品やプレゼント等の詳細は『概要書面』をご覧ください。

フリガナ		申込日	西暦		年	月	日
氏 名		主要連絡先	()		-		
		会員番号 (右詰め記入)				-	0 1

◆ご希望の追加ポジションを記入いただき、各項目を記載した上で、追加ポジション毎にお好きな商品を『報酬個数 4 個以上』となるようにお選びください。

※紹介者の枝番が未記入の場合は 01 ポジションを紹介者としてします。配置先の枝番が未記入の場合は会員ページからご自身で配置を行ってください。

ポジション	← 追加するポジションを記入	商品名	税込金額	報酬個数	数量	小計
紹介者	-	サプリ	9,720円	1 個	個	円
配置先	- 左 右	エッセンス	9,900円	1 個	個	円
プレゼント	☐ サプリ ☐ エッセンス ☐ ジェル ☐ スカルプ	オールインワンジェル	9,900円	1 個	個	円
合計金額	円	スカルプ	9,900円	1 個	個	円
		クレンジング	4,950円	0.5 個	個	円

ポジション	← 追加するポジションを記入	商品名	税込金額	報酬個数	数量	小計
紹介者	-	サプリ	9,720円	1 個	個	円
配置先	- 左 右	エッセンス	9,900円	1 個	個	円
プレゼント	☐ サプリ ☐ エッセンス ☐ ジェル ☐ スカルプ	オールインワンジェル	9,900円	1 個	個	円
合計金額	円	スカルプ	9,900円	1 個	個	円
		クレンジング	4,950円	0.5 個	個	円

ポジション	← 追加するポジションを記入	商品名	税込金額	報酬個数	数量	小計
紹介者	-	サプリ	9,720円	1 個	個	円
配置先	- 左 右	エッセンス	9,900円	1 個	個	円
プレゼント	☐ サプリ ☐ エッセンス ☐ ジェル ☐ スカルプ	オールインワンジェル	9,900円	1 個	個	円
合計金額	円	スカルプ	9,900円	1 個	個	円
		クレンジング	4,950円	0.5 個	個	円

ポジション	← 追加するポジションを記入	商品名	税込金額	報酬個数	数量	小計
紹介者	-	サプリ	9,720円	1 個	個	円
配置先	- 左 右	エッセンス	9,900円	1 個	個	円
プレゼント	☐ サプリ ☐ エッセンス ☐ ジェル ☐ スカルプ	オールインワンジェル	9,900円	1 個	個	円
合計金額	円	スカルプ	9,900円	1 個	個	円
		クレンジング	4,950円	0.5 個	個	円

お支払方法	
☐ クレジットカード	カード情報は右下枠内にご記入ください。
☐ お振込み	必ずご本人様名義でお振込みください。

追加ポジション購入商品の合計金額をご記入ください。 ※出荷事務手数料 880 円を加算 (同時発送のため 1 ポジション分のみ)	
円	

ご利用明細書貼付欄(コピー可)	
※振込手数料は、お客様負担となりますので予めご了承ください。 ※ご利用明細書 (コピー可) を必ず貼付ください。	
振込先	ゆうちょ銀行 口座名義:株式会社再生クラブ 記号:15440 番号:27606021 (他銀行から振込の場合) 支店:五四八 口座番号:2760602
明細書をお持ちでない方は、振込情報をご記入ください。	
振込日	年 月 日 振込金額 円
振込名義人	

クレジットカード決済情報	
未登録、もしくは新しいクレジットカードで決済を行う場合、自動音声ガイダンスに従って使用可能カードの決済 ID を取得し、ご登録のクレジットカード番号下 4 桁と有効期限をご記入ください。	
※次回以降の決済は、今回ご登録されたクレジットカードで行います。カードの変更をご希望の場合は、次回注文時にご変更ください。	

クレジットカード決済情報	
※必ずご本人様名義のカードでご登録ください。 ※当社のクレジットカード決済は海外決済機関を利用しているため、クレジットカードのご利用明細には商品名が記載されず、請求名に国名や都市名が英語で記載されることがあります。 またご利用のクレジットカードによっては利用制限やリボ払い設定がされていることがありますのでご注意ください。(楽天カード、イオンカード、トヨタカードなど) ※ご注文金額と一致する明細でご不明な点があれば、当社までお問い合わせください。	
使用可能カード	VISA / MASTER / JCB / AMEX / DINERS
自動音声ガイダンス番号	03-4333-1726
取得した決済 ID (8 桁数字)	
カード番号下 4 桁 (AMEX も同様)	
有効期限	/ 月 (Month) / 年 (Year)

FAXのみ受付(郵送しないでください。) FAX:050-3730-9703 (必ずA4サイズでFAXしてください。)

202607

送信方向 ↑ FAXのみ受付(郵送しないでください。) FAX 050-3730-9703 (必ずA4サイズでFAXしてください。)