＜商品のお届けについて＞

●ご希望の配送時間帯がございましたら、以下よりひとつお選びいただき○をつけてください。

午前中 ／ 14時～16時 ／ 16時～18時 ／ 18時～20時 ／ 19時～21時

・商品手配の状況や申し込み書のご記入に不備がある場合などは、お届けが遅れることがございます。
・数量限定商品や本年度のカタログ掲載外の商品は完売している場合がございますのでご了承ください。
・発売月の異なる商品をお申し込みをされる場合は、以下よりお選びください。

□ 発売月を待って配送（一括配送・送料1回分） □ 2回に分けて配送（分割配送・送料2回分）

商品選びのご相談やご不明な点がございましたら **0120-037-056** までお電話ください

▼リマンマをはじめてご利用される場合は以下もご記入をお願いします▼

カタログや相談会等のご案内をお送りしてもよろしいですか？ はい ・ いいえ
※ご記入がない場合はカタログ等をお送りできませんのでご注意ください。

●よりよい商品選びおよび今後の商品開発等のためにご記入をお願いします

■手術箇所 ／ 右 ・ 左
■手術方法 ／ 全摘出 ・ 温存 ・ 再建
■手術年月日 ／ 西暦 年 月 日
■手術された病院 ／ （ ）
■リマンマをどちらでお知りになられましたか？ひとつお選びいただき○印をつけてください
①医療関係者（医師、看護師等） ②友人・家族 ③新聞・雑誌
④百貨店・量販店（ワコール販売員） ⑤専門店（ワコールショップ） ⑥インターネット
⑦その他（ ）

●今回のサイズ選びの参考にさせていただきますので、次の質問にお答えください

①今までご使用のブラジャーサイズ（○印をつけてください）

カップサイズ： A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ Fカップ以上

アンダーバストサイズ： 65 ・ 70 ・ 75 ・ 80 ・ 85 ・ 90 ・ 95 ・ 100 ・ 105以上

②ボディスーツ・水着をご注文の方はご記入ください。 ヒップ（ ）cm
※腰まわりの最も大きいところを測ってください。 またはショーツサイズ M ・ L ・ LL ・ 3L

ワコール使用欄									0

リマンマ商品お申し込み書

※ワコール リマンマでは、お客様の個人情報を裏面に記載の目的で利用いたします。

●太枠内はお届けの際に必要ですので必ずご記入ください

ご記入日	年 月 日

リマンマ商品のご購入は はじめて ／ 購入したことがある			再購入でお客様番号がおわかりの場合はご記入ください。
フリガナ		お客様番号	
お名前	様	生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒（ － ） 都道府県		
TEL	（ ） －	お留守の場合の FAX 送信（可・不可）	
日中のご連絡先	勤務先・携帯・FAX・他（ ） （ ） －	内容確認のため連絡させていただくことがあります。 連絡可能時間帯に☑マークをつけてください。 □午前中 □ 12:00 ～ 14:00 □ 14:00 ～ 16:00	

●ご登録内容の変更もしくはお届け先が異なる場合は下記の枠内をご記入ください

どちらかお選びください				
旧住所	フリガナ お名前 様	TEL	（ ） －	
お届け先	〒（ － ） 都道府県			

●お申込み明細 ※カラー、サイズのあるものは必ずご記入ください。サイズの記入がない場合は前回と同じサイズでお送りします。

	品番	カラー	サイズ	数量	単価	合計金額
（例）	BZE670	BE	A75	2	4,290	8,580
（例）	RP0820		M	1	3,300	3,300
1						
2						
3						
4						
5						
6						

・送料は全国一律 770 円（税込）となります。

FAX番号 0120-914-056（送信料無料）

裏表に注意し矢印の向きにFAXに入れる