



# CELAVIVE先行販売 注文フォーム

提出先 ユサナ・ヘルス・サイエンス・ジャパン  
Submit to USANA Health Sciences Japan  
FAX:0120-537-880

注文日:  
(Date)

会員番号:  
(ID No.)

氏名:  
(Name)

発送先 Delivery Address :

ご自宅以外(下記へ住所・電話番号をご記入ください) Different Address (Please fill out address below)

ご自宅 Home

〒

\* 送料無料

宛名 Name :

TEL :

### ご注意:

- \* 在庫がなくなり次第、終了となります。
- \* こちらは先行販売のため、発送のみとなります。(ご入金確認後に発送します。)
- \* 銀行振り込みの方は12/29(金)午前中までにお支払いください。(年内出荷をご希望の方は、12/27まで)確認できない場合は、キャンセルとなります。
- \* アソシエイト会員のみが対象です。
- \* オートオーダーではご購入いただけません。

| 製品#      | 製品名<br>Product Name                                | ポイント<br>SVP | 金額(税込)<br>Price w/Tax | 個数/Qty |
|----------|--|-------------|-----------------------|--------|
| 330      | メイクアップリムーバー(メイク落とし)<br>Conditioning Makeup Remover | 11          | 2,700                 |        |
| 333      | フォームクレンザー(洗顔料)<br>Creamy Form Cleanser             | 14          | 3,348                 |        |
| 331      | パーフェクティングトナー(化粧水)<br>Percting Toner                | 16          | 3,888                 |        |
| 334      | デイローション(日中用ローション)<br>Protetive Day Lotion          | 20          | 4,644                 |        |
| 335      | デイクリーム(日中用クリーム)<br>Protective Day Cream            | 20          | 4,644                 |        |
| 336      | ナイトジェル(夜用ジェル)<br>Replenishing Night Gel            | 22          | 5,292                 |        |
| 337      | ナイトクリーム(夜用クリーム)<br>Replenishing Night Cream        | 22          | 5,292                 |        |
| 339      | バイタライジングセラム(美容液)<br>Vitalizing Serum               | 24          | 5,724                 |        |
| 340      | アイエッセンス(目元用クリーム)<br>Hydrating Eye Eccence          | 24          | 5,616                 |        |
|          | 全製品パック(上記9製品)<br>All 9 Product Pack                | 173         | 41,148                |        |
| 合計 Total |  |             |                       |        |

### お支払方法

\* ご希望の方法にし印をつけ、必要項目をご記入ください。  
Select a method of payment for ordering.

現金 (オフィス窓口のみ)  
Cash (Only at Office Counter)

クレジットカード Credit Card

JCB /  MasterCard /  VISA

有効期限: MM 月 YY 年  
Valid Thru

カード名義人: Cardholder Name:

---

カード番号: Card No.:

登録者名義(本人・共同)のみご利用頂けます。  
Only the applicant/co-applicant credit card is acceptable.

銀行振込 Bank Transfer

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| ポイント希望先<br>Placement for points | BC ( )   |
|                                 | <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 |

### <社内使用欄>

|    |    |    |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | QC |
|----|----|----|