アップグレード申込書

TEL：03-5669-0947/ 050-3198-1108（月～金 9:00～17:00）　Email：customerservicejp@lifewave.com

申請日	20　　年　　月　　日	ID番号		氏名	フリガナ 姓	名

☐ 配送先が登録住所と同じ場合は☑を入れてください。

配送先	フリガナ 〒　　都道府県　　市区町村　　建物名・室号までご記入ください	登録電話	

アップグレードパック

ご希望のパックに○をつけ合計数が合うようにご記入ください。	スターターからブロンズ	スターターからシルバー	スターターからゴールド	スターターからプラチナ	スターターからダイヤモンド☆	ブロンズからシルバー	ブロンズからゴールド	ブロンズからプラチナ
エナハンサ（エナジー）								
アイスウェーブ								
Yエイジ C（カルノシン）								
Yエイジ G（グルタチオン）								
Yエイジ イーオン								
サイレントナイト（ナイトウェーブ）								
SP6 コンプリート								
アラビダ								
X39*								
〈新製品〉X49* 4/22～								
アラビダトリオ**	ー							
選択できる製品数	2個	6個	11個	24個	39個	4個	9個	22個
BV	77	165	275	350	390+110+110	88	198	273
金額	12,650円	35,970円	62,150円	127,600円	205,700円	23,320円	49,500円	114,950円
送料（税込）・手数料	693円	693円	693円	693円	693円	693円	693円	693円
合計（税込）	13,343円	36,663円	62,843円	128,293円	206,393円	24,013円	50,193円	115,643円

ご希望のパックに○をつけ合計数が合うようにご記入ください。	ブロンズからダイヤモンド☆	シルバーからゴールド	シルバーからプラチナ	シルバーからダイヤモンド☆	ゴールドからプラチナ	ゴールドからダイヤモンド☆	プラチナからダイヤモンド☆
エナハンサ（エナジー）							
アイスウェーブ							
Yエイジ C（カルノシン）							
Yエイジ G（グルタチオン）							
Yエイジ イーオン							
サイレントナイト（ナイトウェーブ）							
SP6 コンプリート							
アラビダ							
X39*							
〈新製品〉X49* 4/22～							
アラビダトリオ**							
選択できる製品数	37個	5個	18個	33個	13個	28個	15個
BV	313+110+110	110	185	225+110+110	75	115+110+110	110+110+110
金額	193,050円	26,180円	91,630円	169,730円	65,450円	143,550円	78,100円
送料（税込）・手数料	693円	693円	693円	693円	693円	693円	693円
合計（税込）	193,743円	26,873円	92,323円	170,423円	66,143円	144,243円	78,793円

☆ダイヤモンドにアップグレードすると、当月+2ヶ月間のアクティブ資格あり。

ポイント内訳
当月=表を参照
翌月=110BV
翌々月=110BV

*X39/X49の数え方
X39/X49パッチ1個
||
他のパッチ2個分

**アラビダトリオの数え方
アラビダトリオ
||
他のパッチ3個分

※「ナイトウェーブ」は今後製品名を「サイレントナイト」に変更予定です。

支払方法（①～③をお選びください）

①	☐	振込（振込票を貼付してください）
②	☐	登録クレジットカード
③	☐	登録以外のクレジットカード ※情報をご記入ください。

①銀行振込

銀行振込　銀 行 名：ゆうちょ銀行
口座名義：LifeWave,Inc.　ライフウェーブ インク
口座番号：普通　10190-86422151（〇一八店 8642215）

※記入していないスペースに振込明細書を添付してください。

通信欄 ※配送日時の指定はできません

③登録以外のクレジットカード　※ご本人名義のみ

カード種類 / 番号　☐ VISA　☐ MasterCard　☐ JCB

有効期限　　月 ／　　年　CVV2（裏3桁）

名義人氏名（ローマ字）

私はこのカードの名義人であり、本申請書における製品代金がライフウェーブ社によって決済されることに同意します。仮に私がその製品を受取る会員でない場合でもその会員（私の親族）に代わりこのクレジットカードで製品代金を支払います。以上、同意した上でここに署名します。

署　　名

申請者署名
※支払者が異なる場合（親族に限る）

FAX：03-5669-0957 / 03-6632-9901