

FAX ↑ 03-4333-0803 ↑ FAX

【一般名ケルセチンフィットソーム】 【商品名 延寿花ケルセフィット】
治療研究参加申込書

お申込みには、申込書一式のご提出と振込みが必要です。

〈治療研究の流れ〉

初回の場合 ※「研究協力費」と「素材購入費・送料」は、振込先が異なります。

(1) 申込書一式をダウンロードしてください。

※申込書一式（研究参加申込書2枚/「治療症例研究」同意書/「治療・症例研究」重要事項確認書/
日本先進医療臨床研究会 問診票2枚/「治療・症例研究」素材 治療前後アンケート/自然療法普及協会素材購入申込書）

(2) 必要事項を記入後 FAX し、研究協力費（初回 11,000 円/2 回目以降 3,300 円）を入金ください。
（申込書一式について）

申込日/申込回数と患者情報欄にご記入の上、7 枚の申込書類一式を FAX 送信してください。

※お薬を内服されている方は：3ヶ月前～現在までの「お薬手帳」のコピーを FAX してください。

（費用の振込について）申込時に研究協力費（初回 11,000 円/2 回目以降 3,300 円）をご入金ください。

【振込先】PayPay 銀行 ビジネス営業部（普通）2519873 日本先進医療臨床研究会

(3) 申込内容（申込書と振込）を確認後、当会事務局より連絡が入ります。

(4) 医師紹介をご希望の場合は、担当医師を紹介します。

(5) **提携団体（自然療法普及協会）宛てに、**

治療素材の購入申込書（8 枚目）の FAX と、代金の振込みをお願いします。

(6) **提携団体にて、素材代金の入金を確認後、治療素材が発送されます。**

(7) **1クール終了後、7 枚目の「治療前後アンケート」の治療後欄にご記入いただき、FAX して下さい。**

(8) 患者様（とご家族）は、担当医師と相談の上、治療を継続するか中止・変更するかの判断をします。

(9) 最終的に、効果があったか、なかったかの症例報告を収集します。

継続（2 回目以降）の場合

患者様は、担当医療機関にて「研究参加申込書 2 枚」ご記入後、**当会宛てに研究協力費（2 回目以降は研究協力費 3,300 円）の振込と、提携団体宛に、素材購入の申込と、代金の振込をお願いします。**

担当医療機関は、「連携医療機関記入欄」に記載後、FAX にてお申込み下さい。

オンライン診療の患者様は、ご自身で FAX にてお申込み下さい。以後、上記（5）～（9）参照。

※社会動向による価格改定等により予告なく素材代・送料等の金額が変更になる可能性があります。ご了承ください。

（患者情報欄）

申込日 年 月 日 / () 回目

| | | | | |
|---------|---|-------------|---|-----|
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| | | 西暦 年 月 日 | | 男・女 |
| 住所 | フリガナ | | | |
| | (〒 -) | | | |
| 連絡先 | TEL | /メール | | |
| 病名 | 病名（部位）： | | ガンの場合（ステージ：0/1/2/3/4/5） 初発/再発（転移部位：） | |
| | | | | |
| 本日の QOL | ・歩き回るのに問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)寝たきり ・洗面や着替えに問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)出来ない ・仕事や勉強に問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)全く出来ない ・痛みや不快感は？ (1)ない (2)多少ある (3)非常にある ・不安や心配・悩みは？ (1)ない (2)多少ある (3)かなりある ・最高 100 点・最低 0 点で体調を表すと今日は何点？（ 点） | | | |
| | | | | |
| 紹介者 | 氏名 | 連絡先 | | |
| | | | | |

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

【アンケート】※回答欄に○または記述してください（複数回答可）

| 質問 | 回答 |
|----------------|--|
| 当会をどこで知りましたか？ | ・WEB 検索で ・HP で ・チラシ/広告で ・友人知人から ・医師から ・その他： |
| 何故この治療を選びましたか？ | ・本や雑誌で情報を得て ・WEB で情報を得て ・友人知人の紹介 ・医師の紹介 ・その他： |

| 申込 | 製品名・必要経費など | 単価 | 個数 | 合計金額 |
|----|--|--------------|----|--|
| | 【免疫アップ】【30日分】 一般名ケルセチンフィットソーム (商品名延寿花ケルセフィット) (120粒/袋/税込19,440円) × 1袋 1日2回 (起床時・就寝前) 2カプセルずつ (4カプセル/日) | 19,440円 | | 検査代 及び 素材代金、 送料は 提携機関に お支払いく ださい |
| | 【風邪・感染症予防】【30日分】 一般名ケルセチンフィットソーム (商品名延寿花ケルセフィット) (120粒/袋/税込19,440円) × 2袋 1日2回 (起床時・就寝前) 4カプセルずつ (8カプセル/日) | 38,880円 | | |
| | 【新型コロナ軽症・花粉症】【30日分】 一般名ケルセチンフィットソーム (商品名延寿花ケルセフィット) (120粒/袋/税込19,440円) × 4袋 1日2回 (起床時・就寝前) 8カプセルずつ (16カプセル/日) | 77,760円 | | |
| | 【新型コロナ中等症】【30日分】 一般名ケルセチンフィットソーム (商品名延寿花ケルセフィット) (120粒/袋/税込19,440円) × 5袋 1日2回 (起床時・就寝前) 10カプセルずつ (20カプセル/日) | 97,200円 | | |
| | 【間質性肺炎】【新型コロナ重症】【30日分】 一般名ケルセチンフィットソーム (商品名延寿花ケルセフィット) (120粒/袋/税込19,440円) × 6袋 1日2回 (起床時・就寝前) 12カプセルずつ (24カプセル/日) | 116,640 円 | | |
| | TAQ検査 (2回分/税込99,000円/開始前・1クール終了後に測定) | 99,000円 | | |
| | TAQ検査 (1回分) 税込99,000円 | 99,000円 | | |
| | 送料 (沖縄・離島は2,200円、他1,100円) | 円 | | |
| ✓ | 研究協力費 (初回税込11,000円/2回目以降税込3,300円) | 円 | 1 | 円 |
| 合計 | | | | 円 |

..... 【連携医療機関記入欄】

医療機関様へ：担当医師名・医療機関名にご記入後、当会宛に FAX して下さい。原本は医療機関で保管、コピーを患者様へお渡し下さい。1クール終了時、医師所見にご記入いただき、検査結果がある場合は結果を添えて、再度、FAX して下さい。

| | |
|----------|---------|
| (担当医師氏名) | (医療機関名) |
| | |

【検査結果・医師所見】

| 検査項目 | 検査結果 | 医師所見・効果判定など (CR・PR・SD・PD・NE・NA) |
|------|------|---------------------------------|
| | | |

(日本先進医療臨床研究会・会員医師)

先生 御中

私は、私の病気の治療・改善・再発防止を目的とした未承認治療素材（以下「本素材」）による治療と治療結果の集積による症例研究に関して、十分な理解を得た上で、ここに同意を致します。

- 1) 事前に開示された資料等の記載内容の如何に関わらず本素材はあくまでサプリメントや未承認医薬品・医療機器等であり医薬品や治療機器の様な効能・効果についてはいかなる保証・約束・表明も法的に不可能であり、同様に何ら保証・約束・表明が出来ないことを十分に理解しており、効能・効果を発揮しない可能性もあることを理解し同意しております。
- 2) 本素材は医薬品開発や医療機器開発の様な承認された治験手続を経ていないものであり、いかなる副作用が生じるか（副作用が存在するかも含めて）不明であることを理解し、同意しております。
- 3) 本素材を使用することにより、何らかの副作用が生じた場合であっても、それは自己の責任と判断の上で自ら引き受け、貴殿らの責任を問わず、一切何らの異議申立てをいたしません。
- 4) 本素材はあくまでサプリメントや未承認医薬品・医療機器等であり、税法上サプリメントや未承認医薬品の購入は医療費として税金控除の対象とはならない事を了承しています。
- 5) 本素材の禁忌と考えられているもの（禁忌がある場合）は必ず回避します。また他の民間療法（医師が用いる医学上一般に承認されている治療法以外のものを言います）を利用する場合は、必ず事前に貴殿らに相談し、その指示に従わねばならないことを理解し、同意しております。
- 6) 本素材の使用により貴殿らが得られた治療効果についてのデータや画像、イニシャルを含む資料等は論文や学会発表、研究など医学と医療の発展のために、個人が特定できないような配慮がなされた上で、貴殿あるいは関係者により公開されることに了解致します。

【付則】

本同意書に記載するほか、関係各社、輸入業者、その他関係者の提示する使用方法、利用規約を精読し、理解・認識・確認・同意した上で遵守いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 (住所)

(氏名) (印またはサイン)

保証人（ご家族） (住所)

(氏名) (印またはサイン)**【同意撤回書】**

私は、上記の同意に関して、撤回致します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 (住所)

(氏名) (印またはサイン)

日本先進医療臨床研究会「治療・症例研究」重要事項確認書 (2021/7/30 改訂)

当会の「治療・症例研究」は研究が主目的ではなく、あなたの病気を治す事が主目的です。会員医師はあなたの病気の治癒・改善・再発防止に最善の取り組みをします。あなたの治療結果はあなたと同じ病気で苦しむ他の患者様のために重要な情報となります。そこで日本先進医療臨床研究会ではあなたの治療結果を症例研究として集積し効果的な治療法は世界に向けて発信します。当会の「治療・症例研究」への参加にあたり、以下の内容を十分にご理解頂いた上で、下記各項目に確認のチェックを入れてください。

- ・イ 「治療・症例研究」への参加は任意です。ご本人・ご家族の意思でご参加ください。
- ・ロ 「治療・症例研究」に掛かる費用は全て患者様の自己負担となります。そのため治療素材の製造企業や販売会社の思惑など、あなたの意に沿わない利益相反の問題はありません。「治療・症例研究」はあくまで自由診療による治療なので、治療・検査・処置等の費用は患者である、あなたにご負担して頂く形になります。また研究協力費に関しては任意ですが、ぜひご協力をお願い致します。
- ・ハ 参加者は、同意した内容について、いつでも不利益を受けることなく撤回することができます。
- ・ニ 現在の標準的治療で完治しない対象疾患を治癒・改善・再発防止できる方法を発見しあなたの病気を治す事が「治療・症例研究」の目的と意義です。治療方法と期間、研究実施機関・研究者等の氏名及び職名については申込書の記載をご確認ください。
- ・ホ 「治療・症例研究」に参加することにより期待される利益は治癒・改善・再発防止の可能性です。起こりうる危険及び必然的に伴う不快な状態がある場合は申込書の治療素材候補の欄に記載致しますので、ご確認ください。治療終了後の対応については担当医師とご相談ください。
- ・ヘ 「治療・症例研究」の概要や研究計画、症例研究の方法などについての資料は当会HPより入手・閲覧することができます。
- ・ト 「治療・症例研究」の結果やデータについては、倫理審査委員会での承認を受けて、個人を特定できない形で他の機関に提供、または学会・論文発表などで世界に向けて発信する可能性があります。
- ・チ 提案する治療法は、原則として安全性が高く、非侵襲・低侵襲な方法のため、治療に伴う補償はありません。
- ・リ 問い合わせ、苦情等の窓口は日本先進医療臨床研究会 (03-5542-1597 平日 10時～16時) までご連絡ください。

【日本先進医療臨床研究会は、エビデンスに基づく下記の「生活習慣」を推奨します】 半日断食、寝耳にわさび、加塩糖脂制限、まごわやさしい(まごわくやしい)

当会は、進化医学(Evolutionary medicine)や分子栄養医学の知見に基づく生活改善法を支持し、ガンや難病に代表される様々な疾患を治癒・改善・再発防止するために、オートファジー活性を高める「**半日断食**」、代謝を高める「**加塩糖脂制限**」、「**寝耳にわさび**」、「**まごわやさしい(ガンの人は=まごわくやしい)**」等の生活習慣を推奨しています。

「半日断食」=例として昼 12 時から 20 時までの 8 時間内や、13 時～19 時までの 6 時間内に、1 日 2 食とし、それ以外の時間帯(16～18 時間)は砂糖なしの水・お茶・コーヒーなどのみで一切食事をしない事で、体内浄化や体調回復、タンパク質再生による身体の若返りなどを促す、オートファジー活性を高める生活習慣を推奨します。

寝耳にわさび=「ね・つ→入浴と厚着で体を冷やさない」、「み・ず→朝 500ml、1 日 2L の良い水を」、「み・ねらる→ミネラル豊富な食材、液体ミネラル補給を」、「に・っこう→1 日 30 分の日光浴で血中 VD アップ」、「わ・らい→免疫増強・ストレス解消」、「さ・んそ→深呼吸で代謝増強・血流改善」、「び・たみん→野菜・果物・サプリで栄養補給」などを推奨します。

加塩糖脂制限=体調改善のため「加工食品」「塩分」「糖分」「脂肪分」を出来るだけ制限する食生活を推奨します。

まごわやさしい(ガン治療中は=まごわくやしい)=「ま・め」、「ご・ま」、「わ・かめ(海藻類)」、「く・だもの」「や・さい」、「さ・かな」、「し・いたけ(茸類)」、「い・も(根菜類)」(※ガン治療ではガンを増やすメチオニンが豊富な「卵・乳製品・肉・魚・小麦」を制限する事が望ましいので、「さ・かな」→「く・だもの」に変更)を推奨します。

上記内容をしっかりと読み、理解しましたので、治療・症例研究に申し込み致します。

本人氏名： _____ (捺印またはサイン)

保証人(家族)： _____ (捺印またはサイン)

日本先進医療臨床研究会・問診票



| | | | |
|-------------|------------|--------|-------|
| 医療機関 使用欄 | 患者氏名（フリガナ） | 担当医療機関 | 担当医師名 |
| | フリガナ | | |

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

※治療を開始する前の状態を教えてください。

| | | | | |
|--------------|--|-------------|-----------------------|-----|
| 病名 | (ガンの場合、部位とステージ0/1/2/3/4/5) | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| | | 西暦 年 月 日 | 歳 | 男・女 |
| 身長・体重 BMI | 身長 () cm/体重 () kg この1年間の体重変化は？ <input type="checkbox"/> 変わらない / <input type="checkbox"/> () kg増えた / <input type="checkbox"/> () kg減った(痩せた) | | 体温 () 度 平均 () 度位 | |

(病状、治療の経過、手術の有無、使用中の薬・サプリ等、詳しく書いてください。)

これまでの治療経過(手術や薬剤投与の有無、治療期間、入院・退院など)

発病時期：_____年 _____月頃発病
その後の経過：

これまでの治療について

【化学療法/分子標的薬】

なし ・ 治療中・治療中止(薬剤名=)
治療開始予定(投与予定日[_____年 _____月 _____日]、薬剤名=)

【放射線治療】なし・あり(詳細)

【手術】なし・あり(詳細)

【血管内治療・動脈塞栓術】なし・あり(詳細)

【温熱療法】なし・あり(詳細)

【身体症状・現在困っていること】

【禁忌薬・アレルギー歴】

CTやMRI造影剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

抗がん剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

その他薬剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

その他に対するアレルギー：なし・あり[アレルギー]=

当会の「治療・症例研究」以外に、現在治療中の病院・診療所・医師名、治療院・施術者名など

現在の病状や予後について、主治医より説明されている内容

現在使用中の薬・漢方薬・サプリメントや、併用している治療法など

| | |
|---|---|
| 便通についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| 毎日ありますか？ | ・毎日 () 回くらいある ・ () 日に1回くらい |
| 臭いはどうですか？ | ・あまり臭くない ・臭い ・かなり臭い |
| 便の色は？ | ・黒い ・こげ茶色 ・茶色 ・黄土色 ・黄色っぽい ・白っぽい |
| 現在行っている食事法などがあればご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| ・ない ・ある (脂質制限 / 糖質制限 / 地中海食 / 玄米菜食 / ゲルソン療法 / 断食療法 / マクロビオティック) (その他:) | |
| 食事の時間についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| 朝食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない | |
| 昼食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない | |
| 夕食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない | |
| 間食・夜食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない | |
| 食事の内容についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をご記入ください | |
| お米 (白米・玄米など) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| パン (食パン・菓子パン等) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 小麦粉 (パスタ・うどん等) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 野菜を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| お肉 (牛・豚・羊・鶏など) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| お魚を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 卵や卵料理をよく食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 加工食品や甘いものを食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 牛乳や乳製品をよく食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 食べない | |
| 自宅で使用している油は何ですか？ あてはまる、または近いものに○をご記入ください | |
| ・バター/ラードなど動物性不飽和脂肪酸 ・ココナツ油/パーム油など植物性不飽和脂肪酸 ・オリーブ油/菜種油/ごめ油などオメガ9系一価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・コーン油/ひまわり油/紅花油などオメガ6系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・亜麻仁油/シソ油などオメガ3系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・その他 () | |
| 運動についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| 有酸素運動をしますか？ | ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない |
| 筋トレはしますか？ | ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない |
| 散歩等の軽い運動は？ | ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない |
| その他の運動は？ | ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない |
| 喫煙についてお聞きします。() の中にご記入または○をしてください | |
| 現在たばこを吸いますか？ | ・1日 () 本位吸います ・吸っていません |
| 過去の喫煙歴は？ | ・なし ・ () 年前まで1日 () 本位を () 年間位吸っていました |
| 飲酒について あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| アルコールは飲みますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 飲まない | |
| 飲む場合、1回にどの位飲みますか？ (・一升以上 ・5合位 ・2合位 ・ほんの少し) 飲む | |
| 睡眠についてご記入ください | |
| 平均睡眠時間 () 時間くらい () 時頃に寝て () 時頃に起きます | |
| 睡眠の質は良好ですか？ | ・良好 ・普通 ・不良 |
| 睡眠薬や安定剤を服用していますか？ | ・毎日 ・週に () 回位 ・たまに ・使わない |
| 睡眠不足の日はありますか？ | ・ある 月に () 日位 ・ありません |
| ストレスについて あてはまる、または近いものに○をしてください | |
| 仕事や人間関係でストレスがありますか？ | ・強いストレスがある ・少しある ・ほとんどない ・ない |
| ゆううつな気分になる事がありますか？ | ・いつも ・ときどき ・たまに ・めったにない ・ない |
| 親族についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください。 | |
| 親兄弟・親族に心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病の方は何人位いますか？ | ・いる () 人位 ・いない |
| 親兄弟・親族にがんで亡くなった方は何人位いますか？ | ・いる () 人位 ・いない |
| ※その他・特記事項：その他、連絡したい事項があれば、下記欄外にご記入ください。 | |

病名()に対する効果測定調査の為に協力ください。

記載日 年 月 日

患者イニシャル() 性別:(男・女) 年齢:()歳

具合の悪い箇所へ○をつけて下さい

【治療前】基礎情報の記入をお願いいたします。

1)どの様な症状・副作用等でお困りですか？診断名があれば教えてください

2)いつ頃からですか？

3)原因となるきっかけがあれば教えてください

4)症状等があれば教えてください(あてはまる項目全てに○印をつけてください)

0:頭痛 1:腹痛 2:体痛 3:かゆみ 4:吐き気 5:食欲不振 6:発熱 7:下痢・便秘 8:呼吸苦 9:めまい
10:その他()

5)症状等はどんなとき・どんな状態のときに発生しますか？(例:立ち上がる時、朝起き上がる時 など)

0:何もしなくても 1:患部を押した時 2:力んだ時 3:移動中 4:休んでいる時 5:立ち仕事の時
6:座り仕事の時 7:同じ姿勢・不自然な姿勢を続けた時 8:寒冷な場所で 9:暑い場所で
10:その他()

6)これまで受けたことがある治療法(現在・過去)を教えてください(複数回答可)

0:何もしていない 1:家庭療法(例:湿布、塗り薬等) 2:病院・診療所での治療 3:鍼灸院 4:接骨院・柔整
5:マッサージ 6:漢方薬 7:サプリメント 8:食事療法・栄養療法 9:メンタル療法・精神療法・瞑想など
10:その他()

7)6)でいずれかの治療法を受けたことがある方、効果はどうでしたか？

0:()全然、よくなる 1:()少しよくなった 2:()かなりよくなった 3:()劇的に改善した

8)6)で「家庭療法」と答えた方、現在・過去で使用した商品又は商品名を教えてください。

【治療後】治療素材()の治療後にご記入ください

1)今まで受けていた治療と比べて、効果はどうでしたか？(あてはまる項目に○印をつけてください)

0:()悪化した 1:()他の治療法とあまり変わらない 2:()少しよくなった
3:()かなりよくなった 4:()劇的に改善した

2)治療開始後、どのくらいの期間でどのような効果が現れましたか？(具体的にご記入ください)

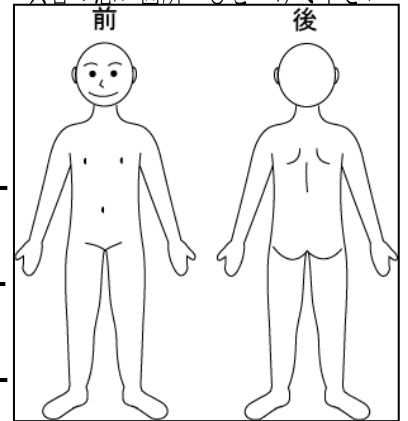
3)症状以外に気づかれた体調の変化などはありますか？

4)治療している間、違和感などはありましたか？

0:()かなりある 1:()ある 2:()少しある 3:()ない

5)4)で「かなりある・ある・少しある」と答えた方、どのような違和感でしたか？具体的に教えてください

6)最後に、何かご希望、改善してほしい点などがあれば、ご記入ください



FAX ↑ 042-633-0517 ↑ FAX

延寿花ケルセフィット製品(素材)購入申込書

【申込者情報欄】

申込日 年 月 日

| | | |
|---------|---|--|
| お名前 | フリガナ | 申込者連絡先 (TEL) |
| | | |
| メールアドレス | | |
| 支払方法 | 銀行振込（下記口座）にてお支払いください。 PayPay 銀行(0033) 本店営業部(001) 普通 8036899 (有)自然療法普及協会 あて | |
| 送付先住所 | フリガナ | |
| | (〒 -) | |
| 送付先 TEL | TEL | お届け希望日： 月 日（3日以降でお願いします） 時間（午前中・14時～16時・16時～18時・18時～20時・20時～） |

【製品(素材)申込欄】 ご希望の欄を選んで数量、送料、を記載してください。

| 製品名・必要経費など | 単価(税込) | 数量 | 合計金額 |
|---|----------|----|------|
| 【M】【飲用目安30日分】 延寿花ケルセフィット（120粒/袋/税込19,440円）×1袋 | 19,440円 | | 円 |
| 【K】【飲用目安30日分】 延寿花ケルセフィット（120粒/袋/税込19,440円）×2袋 | 38,880円 | | |
| 【K・K】【飲用目安30日分】 延寿花ケルセフィット（120粒/袋/税込19,440円）×4袋 | 77,760円 | | 円 |
| 【C】【飲用目安30日分】 延寿花ケルセフィット（120粒/袋/税込19,440円）×5袋 | 97,200円 | | |
| 【K】【J】【飲用目安30日分】 延寿花ケルセフィット（120粒/袋/税込19,440円）×6袋 | 116,640円 | | 円 |
| 〈初回特別価格〉 TAQ 検査（2回分セット）税込 99,000 円（開始前・1クール終了後に測定） | 99,000円 | | 円 |
| TAQ 検査（1回分）税込 99,000 円 | 99,000円 | | 円 |
| 送料（沖縄・離島は 2,200 円、他 1,100 円） | 円 | 1 | 円 |
| 製品購入費ほか 合計 | | | 円 |

※ご質問・問い合わせは（有）自然療法普及協会（042-625-1801）までご連絡ください。
 ※お電話でもご注文できます。お気軽にお電話ください。（平日 10 時～16 時・土日祝休）