

ご注文FAXシート

年 月 日

商品番号	ご注文商品名	数量

お申込者様			
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	
FAX番号			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 商品代金引換 <input type="checkbox"/> 前払い銀行振込(ご入金確認後商品手配)		
配達時間指定	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~21時 地域によりご希望に沿えない場合があります。		
メールアドレス			
連絡事項			

お届け先がお申込者と異なる場合、下記にご記入ください。

お届け先お名前			
お届け先ご住所	〒 -		
お届け先電話番号			



TEL 075-691-5099

FAX 075-681-7696