



F A X 注文用紙

送信方向



FAX : 0152-48-2625

ご注文日： 年 月 日

お客様情報			
氏名			
住所	〒 -		
電話番号		F A X	
メールアドレス			
お届け先氏名			
お届け先住所	〒 -		
電話番号		F A X	
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 郵便振替 (手数料弊社負担) <input type="checkbox"/> 銀行振込 (手数料お客様負担) <input type="checkbox"/> 代金引換 (手数料お客様負担) ※送料はお客様負担となります。あらかじめご了承ください。		
配達希望日	月 日 曜		
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 (9:00-12:00) <input type="checkbox"/> 午後 (12:00-17:00) <input type="checkbox"/> 夕方 (17:00-19:00) <input type="checkbox"/> 夜間 (19:00-21:00)		
通信欄			

商品番号	商品名	数量	価格
		合計	