

FAX注文用紙



送信方向

料金無料・24時間受付・年中無休
FAX:0120-852-856

ご依頼主様 (必ずお名前、ご自宅住所をご記入ください。)

お名前	(フリガナ)	様	電話	()
ご住所	〒			
希望配達日	月	日 / 希望なし	(どちらかに○を付けてください) お支払い方法	
			代金引換 /	郵便振込 コンビニ振込

※初回ご注文のお客様は代金引換または先払いとなります。先払いの場合、ご注文後ご請求書を郵送いたします。

◎ご自宅用

商品番号	商品名	数量	単価	合計	おのし紙(セットのみ)	袋
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	

◎お届け先様1 (お届けがご本人様宛以外は、代金引換はできません。)

お名前	(フリガナ)	様	お届け先	〒		
電話 FAX	() ()		希望配達日	月 日 / 希望なし		
商品番号	商品名	数量	単価	合計	おのし紙(セットのみ)	袋
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	

◎お届け先様2 (お届けがご本人様宛以外は、代金引換はできません。)

お名前	(フリガナ)	様	お届け先	〒		
電話 FAX	() ()		希望配達日	月 日 / 希望なし		
商品番号	商品名	数量	単価	合計	おのし紙(セットのみ)	袋
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	
			円	円	無/有り(歳暮/無地)	