



FAX送付先: (0795) - 22 - 2123

お客様情報		お申込日	平成	年	月	日
氏名	フリガナ					
住所	〒 -					
電話番号			FAX番号			
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 代金引換 (商品をお届けした配送業者のドライバーにお支払いください。)					
配達希望日	<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 曜日 指定	
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 指定なし					
	<input type="checkbox"/> 午前中 (9時-12時)		<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-20時		<input type="checkbox"/> 20時-21時	
通信欄						

商品番号	商品名	単価	数量	金額
合計				

※ご注文いただいた後に改めて代引手数料・送料を合わせたお支払い金額をお知らせいたしますので
電話番号・FAX番号はかならず記述ください。