

ご注文日	月	日
------	---	---

ご注文者様	お名前： _____	フリガナ： _____
	ご住所： (〒 -) _____	
	電話番号： _____	FAX 番号： _____

お届け先	お名前： _____	電話番号： _____
	ご住所： (〒 -) _____	

※お届け先がご注文者様と同じ場合は、空欄のままでかまいません。

お届け先が複数の場合は別の紙に記載してお送り下さい。

この用紙をプリントし必要事項をご記入の上、FAX 送信してください。

FAX 受信後、2 営業日以内にご返信させていただきます。返信がない場合は番号違いなどが考えられます。

恐れ入りますが再度お送りいただくか、お電話などでご連絡いただければと思います

商品のお届け希望日は送信後 1 週間後以降のご指定をお願いいたします。

※商品名と個数をご記入下さい

ご注文商品	商品名	個数	単価	金額	備考

※送料全国一律 840 円 (クール便の場合は、別途 210 円がかかります)

※同梱可能商品代金合計 6,500 円 (税込) 以上で送料・代引き手数料が無料となります

お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換	商品お届け時に、現金にてお支払ください。
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 (先払い)	※お振込み確認後の発送。振込手数料はご負担ください。

日時指定	お届け希望日 【 月 日】
	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12 ~ 14 時 <input type="checkbox"/> 14 ~ 16 時 <input type="checkbox"/> 16 ~ 18 時 <input type="checkbox"/> 18 ~ 20 時 <input type="checkbox"/> 20 ~ 21 時
※ご指示がない場合は、「時間指定なし」でお届けします。	