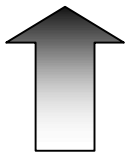


F A X 注文書



お客様ご自身の情報

フリガナ			ご自宅 電話	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
お名前			携帯番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ご自宅 FAX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ご自宅住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		浦安市										
	ビル、棟名、階数、室番号までご記入ください。												
ご自宅 Mail	@												

お名前とお電話番号のみで結構です。
 会員登録時の内容と配達先が異なる場合は、ご住所のご記入を宜しくお願いいたします。

配達日指定

ご希望お届け日	<input type="checkbox"/> 翌日	<input type="checkbox"/> 翌日以降 (日)	
お届け時間帯	<input type="checkbox"/> 1便 (12:00 ~ 15:00)	<input type="checkbox"/> 2便 (15:00 ~ 17:00)	<input type="checkbox"/> 3便 (17:00 ~ 19:00)

翌日配達可能なのは、前日24時受付分までとなります。

ご注文内容

	商品番号	商品名	数量		商品番号	商品名	数量
1	<input type="text"/>		<input type="text"/>	13	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	14	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		<input type="text"/>	15	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		<input type="text"/>	16	<input type="text"/>		<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		<input type="text"/>	17	<input type="text"/>		<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		<input type="text"/>	18	<input type="text"/>		<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		<input type="text"/>	19	<input type="text"/>		<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		<input type="text"/>	20	<input type="text"/>		<input type="text"/>
9	<input type="text"/>		<input type="text"/>	21	<input type="text"/>		<input type="text"/>
10	<input type="text"/>		<input type="text"/>	22	<input type="text"/>		<input type="text"/>
11	<input type="text"/>		<input type="text"/>	23	<input type="text"/>		<input type="text"/>
12	<input type="text"/>		<input type="text"/>	24	<input type="text"/>		<input type="text"/>

お支払い方法 代金引換 クレジットカード
 ご予定のお支払い方法を選択願います。(配送時の変更も可能です)

ご注文確認の方法 電話 FAX メール
 (必須) 受付日の店頭価格や、お支払い合計金額などのお知らせ先をご指定願います。

F A X : 0 4 7 - 3 5 5 - 2 0 5 8

ありがとうございました。念のため、この用紙は送信後も保管なさってください。