

FAX用ご注文フォーム

このページをA4の用紙にプリントアウトしてお使いください。

FAX 075-467-9554

○ご注文内容

商品名	単価	数量
	円	本
	円	本
	円	本
	円	本
	円	本

○お支払い方法

銀行振り込み (先払い) 代金引換

○配送希望日

()月 ()日 ()曜

○配送希望時間帯

希望無し 午前中 12時~14時 14時~16時
 16時~18時 18時~20時 20時~21時

○お客様のご連絡先

お名前	
メールアドレス	
〒	
ご住所	
お電話番号	
FAX番号	

○その他、ご要望等がありましたらご記入ください。