

FAX 注文書 0246-53-4994

商品名	数量	金額
		¥
		¥
		¥
		¥
		¥

購入者・お支払い方法

ふりがな				
お名前					
住所	〒				
TEL					
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換				
配達希望日時	月	日	<input type="checkbox"/> 時間指定なし	<input type="checkbox"/> 9:00~12:00 <input type="checkbox"/> 18:00~20:00	<input type="checkbox"/> 14:00~16:00 <input type="checkbox"/> 19:00~21:00
				<input type="checkbox"/> 16:00~18:00	

お届け先（購入者とお届け先が同じ場合は不要です）

ふりがな				
お名前					
住所	〒				
TEL					