

FAX 注文書 0269-69-2876

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		<input type="checkbox"/> 銀行振込			
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"/> 12:00~14:00	<input type="checkbox"/> 14:00~16:00
				<input type="checkbox"/> 16:00~18:00	<input type="checkbox"/> 18:00~20:00	<input type="checkbox"/> 20:00~21:00

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						