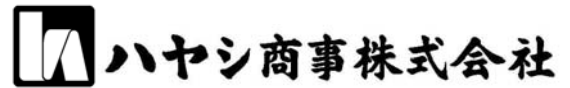


FAX 注文用紙

FAX 088-852-5845



781-1102 高知県土佐市高岡町乙 3192-4
フリーダイヤル 0120-84-0535

ご依頼主様	〒	
	お名前	様
	TEL	
	FAX	

○をお付けください。

ご注文のご確認 電話 FAX 不要

お届け先①	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G
お届け先②	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G
お届け先③	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G
お届け先④	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G
お届け先⑤	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G
お届け先⑥	〒	商品番号・商品名	
		数量	ケース
	お名前	のしシール	無地のし・()・不要
	TEL	配達日・時間	月 日 A C D E F G

配達時間は次の A~G から選び、○をお付けください。

A: 午前中 × C: 14-16時 D: 16-18時 E: 18-20時 F: 19-21時 G: 指定なし

◆お支払い方法 (○をお付けください) 郵便振込 銀行振込 代金引換

振込手数料はお客様負担になります。
ご了承くださいませ。

代引手数料無料