

F A X 注 文 票

- 1、 郵便番号 _____ - _____
- 2、 お届け先ご住所 _____
(マンション名・部屋番号) _____
- 3、 お名前 _____
- 4、 電話番号 _____ - _____ - _____
- 5、 E メールアドレス _____ @ _____
- 6、 ご注文商品名 _____
- 7、 ご注文数量 _____
- 8、 お届けご希望日 _____年____月____日 (____曜日)
- 9、 時間帯指定 _____時～_____時

F A X 0 4 8 - 7 2 1 - 6 2 3 8