



年 月 日

FAX 注文書

FAX:06-7635-7122

下記のとおり、注文致します。

カタカナ			
氏名(店舗名)			
住所	〒 -		
電話番号		FAX	
メールアドレス			
代金支払い方法	☐ 代金引換		
配達希望日	月 日 曜日	☐ 最短希望（最短配送は3日後着）	
配達希望時間	☐ 午前中 ☐ 12:00~14:00 ☐ 14:00~16:00 ☐ 16:00~18:00 ☐ 18:00~20:00 ☐ 20:00~21:00		
備考			

商品名	グラム	数量	合計
合計			