

くら田 ▲

FAX 03-6807-9133

< F A X 注文書 >

F A X 送信日 平成 年 月

<input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 来店	(希望日をご記入下さい) 平成 年 月 日	(配達希望曜日に○を付けて下さい) 月 ^(※1) 火 水 木 金 土 ^(※2)
	(希望日時をご記入下さい) : ~ : の間を希望	※1 月曜配送は金曜17時までのお受付となります。 ※2 土曜配送は30,000円以上+3日前注文でお受付致します。
依頼主様 お名前 (会社名)	(フリガナ) 様	(ご担当者様名)
ご住所	(フリガナ) 〒 -	
TEL	-	用途 <input type="checkbox"/> 会議・研修 <input type="checkbox"/> 接待・来客 <input type="checkbox"/> 法事・法要 <input type="checkbox"/> お祝い <input type="checkbox"/> イベント・行事 <input type="checkbox"/> スポーツ・大会 その他 ()
携帯電話	-	
FAX	-	

品名	単価	個数	金額
合計			

お届け先	<input type="checkbox"/> 上記住所にお届け <input type="checkbox"/> 他の住所にお届け→	住所
当日連絡先	様	-
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 納品時に現金払い	<input type="checkbox"/> 請求書払い <input type="checkbox"/> クレジットカード
書類の宛名		
何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> DM・パンフレット <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()	

その他特記事項

HPにご意見・お名前を掲載してもよろしいですか?
 はい イニシャルであれば可

◆ご注文ありがとうございます。
 FAX到着後 2 4 時間以内に注文確認のお電話
 をさせていただきます
 受注確認担当者