

有限会社 塩月堂 FAX注文シート

	品名(必須)	個数(必須)	単価	小計	備考
ご注文商品1					
ご注文商品2					
ご注文商品3					
ご注文商品4					
ご注文商品5					

【お届け先】

宛名	様
郵便番号	〒
住所	
電話番号	

※該当する□にチェックを入れてください。

お届け希望日	月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし
お届け希望時間帯	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 20時～21時	
のし紙の有無	<input type="checkbox"/> お祝のし <input type="checkbox"/> 不祝儀のし	<input type="checkbox"/> のし紙なし
のし紙の表書き		
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 郵便振替	<input type="checkbox"/> 代金引換 ※

【請求書送付先】※お届け先と異なる場合のみ

※代金引換え手数料が別途¥315-必要です。

宛名	様
郵便番号	〒
住所	
電話番号	

お客様FAX番号	
----------	--

FAX送信先:有限会社 塩月堂 0977-23-0739