

# FAX注文用紙

FAX 0897-53-3616

- 以下に必要事項をご記入の上、FAXにて送信ください。
- 追って確認の連絡（送料などを含めた合計金額をお知らせいたします）をさせていただきます。
- 48時間内に連絡のない場合は、FAXが届いていない可能性がありますので、お手数ですがもう一度FAXいただくか、電話などでご連絡いただきますようお願いいたします。
- 不明点・疑問点などありましたら、ご遠慮なくお気軽にお問い合わせください。



TEL・FAX 0897-53-3616  
年中無休 [営業時間] 8:00~22:00  
〒793-0053  
愛媛県西条市洲之内甲1104-1

## ①ご注文日 (FAX送信日)

ご注文日 (FAX送信日)	平成	年	月	日
---------------	----	---	---	---

## ②お客様

お名前	ふりがな
ご住所	〒
TEL	
FAX	
メールアドレス	

## ③お支払い (※いずれかをチェックしてください。)

<input type="checkbox"/> 代金引換	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> 郵便振替	※手数料はお客様負担。
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------

## ④ご注文商品 (ギフトなどで先様にお届けする場合は⑥へご記入ください)

商品名	数量 (g数またはセット数: どちらかを囲んでください)
	00g (100g単位) セット
	00g (100g単位) セット
	00g (100g単位) セット
	00g (100g単位) セット

## ⑤ご希望お届け日

※ご注文確認後の発送になります。確認後約5日でのお届けになります。 ※地域や数量によっては、ご希望日にお届けできない場合もございます。ご了承ください。	
ご希望お届け日	平成 年 月 日 <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

## ⑥お届け先 (□上記ご自宅 □ご自宅以外) ※どちらかにチェック。上記ご自宅の場合は記入不要。

	お名前	郵便番号	ご住所	TEL	商品名	数量	備考
1							
2							
3							
4							
5							