



* このシートをプリントアウトして、ご利用ください。
* ご記入後、FAX送信してください。

FAX : 03-3847-7781

ご注文日 年 月 日

電話番号 _____

携帯番号 _____

お名前 _____ 様

郵便番号 〒 _____

ご住所 _____

商品番号	商品名	サイズ	数量	価格
①				¥
②				¥
③				¥
④				¥
⑤				¥
⑥				¥
⑦				¥
⑧				¥
⑨				¥
⑩				¥

* WEBサイトの商品番号をご確認の上、ご記入ください。

送料 ¥ _____

代金引換手数料 ¥ _____

合計金額 ¥ _____

お支払い方法

<input type="checkbox"/>	代金引換
<input type="checkbox"/>	銀行振込
<input type="checkbox"/>	郵便振替

お届け時間指定

<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

備考 通信欄

