

FAX 注文用紙

ご依頼主様(ご請求先)	お客様氏名	電話番号
	お客様ご住所 〒 (都道府県よりご記入ください)	FAX 番号
		お支払い方法
		商品と引換 商品到着時に、配達員に代金をお支払いください

※お客様からいただいた個人情報は、厳重に管理し、販売・発送業務目的以外での利用はいたしません。

※ご希望のお支払い方法のいずれかに☐をつけてください。

お届け先様 ①	<input type="checkbox"/> 同上 (ご依頼主様と同じ住所)	ご注文商品	個数	ご注文商品	個数
	ご住所 〒				
	フリガナ				
	お名前				
	電話番号				
	お届け希望日 月 日 / その他ご希望				

※お届け希望日は、ご注文日より、4日後以降でお願い致します。

お届け先様 ①	<input type="checkbox"/> 同上 (ご依頼主様と同じ住所)	ご注文商品	個数	ご注文商品	個数
	ご住所 〒				
	フリガナ				
	お名前				
	電話番号				
	お届け希望日 月 日 / その他ご希望				

※お届け希望日は、ご注文日より、4日後以降でお願い致します。

お届け先様 ①	<input type="checkbox"/> 同上 (ご依頼主様と同じ住所)	ご注文商品	個数	ご注文商品	個数
	ご住所 〒				
	フリガナ				
	お名前				
	電話番号				
	お届け希望日 月 日 / その他ご希望				

※お届け希望日は、ご注文日より、4日後以降でお願い致します。

多満留屋商店 TEL.029(267)3201  
茨城県東茨城郡大洗町磯浜町 2452

ご注文ありがとうございます。

029-267-3201

FAX

24時間受付中