

お客様情報

会社名	ご住所 〒		
お名前	電話番号	FAX番号	
	( ) 局	番 ( )	局 番
メールアドレス (ご記入のメールアドレスに注文確認メールをお送りします。)	ホームページアドレス		
@	http://		

お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード払い		
希望お届け日	月	日	曜日
	<small>※原則として3日以降をご指定ください。          ※お急ぎの際は、必ずお電話で確認の上、Faxをお願い致します。</small>		
備考			

ご注文内容

商品名	販売価格	個数	小計
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
商品代金小計			円
送料			400 円
決済手数料 (代引き又はNP後払いの場合)			円
合計金額			円

商品金額10,000円以上お買い上げで送料無料になります。

【当店からのご確認の選択】 当店からの返信FAXをご希望されますか？ 希望する    希望しない  
 ※返信FAXを希望される方は、ご依頼主様のFax番号欄に記載忘れのないようお願い致します。