

FAX注文シート

風早の郷心わり協同組合
〒799-2408
愛媛県松山市大浦119番地
Tel 089-911-7700
Fax 089-911-7711

ご注文日 平成 年 月 日

お客様情報				
(フリガナ) 氏名	()		()	
	氏		名	
住所	〒		-	都道府県 市 町
電話番号	電話		Fax	
メールアドレス	Email :			
お届け先氏名				
お届け先住所	〒		-	都道府県 市 町
電話番号	電話		Fax	
代金お支払い方法	代引きのお取引 ご請求額は、商品代金+送料+消費税+代引き手数料の合計額です。 ご注文確認後、ご請求金額を電話又はFAXにてお知らせします。 銀行振り込みのお取引 ご請求額は、商品代金+送料+消費税の合計額です。 商品の発送は、ご入金確認後となります。			
配達希望日	月 日 (曜日)			
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> (12:00-14:00) <input type="checkbox"/> (14:00-16:00) <input type="checkbox"/> (16:00-18:00) <input type="checkbox"/> (18:00-20:00) <input type="checkbox"/> (20:00-21:00) <input type="checkbox"/> (希望しない)			
通信欄				

商品名	規格 (大きさ、重さ、色等)	予算単価	数量	ご予算額
合計				

