

# FAX オーダー用紙

2-1

プリントアウトにて必要事項をご記入の上ご注文ください。  
在庫・金額を折り返しお知らせ致します。

FAX: 03-3295-6934

24時間受付



お名前(必須)	
フリガナ(必須)	
ご住所(必須)	〒
都道府県	
市町村番地	
マンション名等	
電話番号(必須)	
連絡先電話番号 (携帯電話等)	
e-mailアドレス※	
ご連絡先電話番号	商品やお支払いについてお伺いする場合がございます。10:30~20:00の間で、連絡可能な電話番号をご記入ください。
■お支払い方法をお選びください。 * ○印をお願い致します	
お支払い方法	(1)商品代引      (2)銀行振込      (3)クレジットカード
■クレジットカードを選択された方のみご記入ください。 * ○印をお願い致します	
クレジットカード情報を必ずご記入ください。	
カード会社	NICOSカード      VISAカード      JCBカード      UCカード      セゾンカード DCカード      アメックスカード      ダイナースクラブ
カード表面の番号を ご記入ください。	
有効期限	年                      月
カード名義	※カード表面のローマ字をご記入ください。
住所が異なる場合	※上記と住所が異なる場合はでご記入ください。
	住 所/
	電話番号/
お支払回数	* ○印をお願い致します 1回払い      2回払い      リボルビング払い      ボーナス一括払い      分割払い  * 分割払いをご選択の方、回数に○印をお願い致します 3回      5回      6回      10回      12回      15回      18回      20回      24回  ※お客様とカード会社のご契約によりお取り扱いできる支払い方法が異なります。

■ご注文商品をご記入ください。

(1)商品名・品番	
カラー/数量	カラー/ 数量
単価(円)	
(2)商品名・品番	
カラー/数量	カラー/ 数量
単価(円)	
(3)商品名・品番	
カラー/数量	カラー/ 数量
単価(円)	
(4)商品名・品番	
カラー/数量	カラー/ 数量
単価(円)	
(5)商品名・品番	
カラー/数量	カラー/ 数量
単価(円)	

■お届け日について

配達希望日	*○印をお願い致します ない ・ ある ( 月 日)
配達指定時間帯は	*○印をお願い致します ない ・ ある *あるとお答えの方、ご指定のお時間に○印をお願い致します。 午前中 14時から16時 16時から18時 18時から21時
お問合せ	