

FAX 087-831-3740

注文

在庫確認

(どちらかに必ずチェックを入れてください)

■ ご依頼者情報			
FAX番号	-	電話番号	-
お名前		携帯番号	-
ご住所	〒 -		
商品名		色・太さなど	数量
■ お送り先情報 □ ご依頼者と同じ			
お名前		電話番号	-
ご住所	〒 -		
配達時間	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12~16時 <input type="checkbox"/> 16~19時 <input type="checkbox"/> 19~22時		
■ お支払い情報			
<input type="checkbox"/> クレジット決済 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 代金引換			
クレジット情報	-	-	有効期限 /
	カード名義人		

(備考) ネーム入れ等がございましたらご記入ください