

お申込み日/ 年 月 日

FAX送信先 **0270-74-8190**

健康ソムリエわたすげ

FAX専用ご注文用紙

24時間受付

この度は、ご注文いただき誠にありがとうございます。以下**太枠**の中をご記入いただき、FAX送信して下さい。

ご注文者様	お名前 必須	フリガナ ----- 様	電話番号 必須		
	ご住所 必須	〒 -			
	メールアドレス (携帯可)	@			
	ご確認方法	<input type="checkbox"/> メールマガジンを <input type="checkbox"/> 購読中 <input type="checkbox"/> 購読する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール ご連絡先 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 FAX番号 () -			

↓ お届け先が異なる場合のみご記入ください

お届け先	お名前	フリガナ ----- 様	電話番号	
	ご住所	〒 -		

商品記入欄	ご注文商品名	価格	数量

のし指定	※ご希望のものを○で囲んで下さい <input type="checkbox"/> 御歳暮 <input type="checkbox"/> 御中元 <input type="checkbox"/> 御年賀 <input type="checkbox"/> 内祝 <input type="checkbox"/> 無地のし <input type="checkbox"/> 他 () のしのお名前 ()
配達日指定	年 月 日
配達希望時間帯	午前中 / 12-14時 / 14-16時 / 16-18時 / 18-20時 / 20-21時 / 指定なし
お支払い方法	※FAXご注文ではクレジットカード払いはご利用いただけません <input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 郵便振替 (前払い) <input type="checkbox"/> 銀行振込 (前払い)

■備考欄■