

コロリンシュウマイ FAX注文書

年 月 日

ご氏名	
ご住所	〒 ー
お電話番号	

お届け先氏名	
ご住所	〒 ー
お電話番号	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込
配達希望日	月 日 曜日
配達希望時間	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 時間指定なし <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 19時～21時
通信欄	

商品名	単価	数量	小計
代引手数料			
送料			
合計			

* 折り返し確認の連絡をいたしますので、日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

コロリンシュウマイ TEL&FAX 0277-53-8617