

cafe'de FAXご注文書

Ruban FAX: 088-664-7179

ご注文主様				様	
	(〒 -)	都・道	市・郡	お電話	- -
		府・県		FAX	- -
				携帯電話	- -

お届け先				様	
	(〒 -)	都・道	市・郡	お電話	- -
	府・県				

※ご注文主様と異なる場合のみご記入下さい。

配達方法	配達種別 (□にレ印)	お届け希望日
	<input type="checkbox"/> クロネコヤマト(冷蔵便) <input type="checkbox"/> クロネコヤマト(冷凍便)	月 日
	お届け時間帯 (□にレ印)	
	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~17時 <input type="checkbox"/> 17時~19時 <input type="checkbox"/> 19時~21時 <input type="checkbox"/> 20時~22時	

ご注文商品	商品名	数量	価格
			円
			円
			円
			円
	送料		円
	代引手数料 (代引のみ)		円
	備考		合計

※太枠内は当方にて記入致しますので空けておいてください。

その他	お支払方法 (□にレ印)
	<input type="checkbox"/> 店頭にて前払い <input type="checkbox"/> 事前振込み <input type="checkbox"/> 代引 (ヤマトコレクトサービス)
	発送予定日 月 日 時 分 秒 時 お届け予定日 月 日 時

この度はご注文ありがとうございました。
 FAXを受信しましたら、ご確認のお電話と、ご請求金額 (合計) と発送日の返信をさせていただきます。