

お申込用紙

FAX 0295-57-6367

必要事項をご記入の上お申し込みください。

ご依頼主様	フリガナ		お電話	
	お名前		FAX	
	ご住所	〒 - 都道府県	つながりやすい 連絡先	
※ご注文承り後、確認の電話をお入れしております。				

お支払	いずれかの方法に○をして下さい	1. 代金引換	2. コンビニ・郵便局振込	3. 銀行振込
-----	-----------------	---------	---------------	---------

お届け先	ご注文内容
------	-------

ご依頼主様のご住所へお届けの場合は「同上」とご記入ください

お届け先 1	フリガナ		お電話	- -	商品番号	商品数量	お届け日	時間帯
	お名前		様			個	・指定なし	<input type="checkbox"/> おまかせ
	ご住所	〒 - 都道府県				個	・指定あり	<input type="checkbox"/> 午前中
						個		<input type="checkbox"/> 14時～16時
	のし/名入れ 必要な場合はご記入下さい		備考			個	/	<input type="checkbox"/> 16時～18時
					個		<input type="checkbox"/> 18時～20時	
					個		<input type="checkbox"/> 19時～21時	

お届け先 2	フリガナ		お電話	- -	商品番号	商品数量	お届け日	時間帯
	お名前		様			個	・指定なし	<input type="checkbox"/> おまかせ
	ご住所	〒 - 都道府県				個	・指定あり	<input type="checkbox"/> 午前中
						個		<input type="checkbox"/> 14時～16時
	のし/名入れ 必要な場合はご記入下さい		備考			個	/	<input type="checkbox"/> 16時～18時
					個		<input type="checkbox"/> 18時～20時	
					個		<input type="checkbox"/> 19時～21時	

お届け先 3	フリガナ		お電話	- -	商品番号	商品数量	お届け日	時間帯
	お名前		様			個	・指定なし	<input type="checkbox"/> おまかせ
	ご住所	〒 - 都道府県				個	・指定あり	<input type="checkbox"/> 午前中
						個		<input type="checkbox"/> 14時～16時
	のし/名入れ 必要な場合はご記入下さい		備考			個	/	<input type="checkbox"/> 16時～18時
					個		<input type="checkbox"/> 18時～20時	
					個		<input type="checkbox"/> 19時～21時	

丸真食品株式会社 FAX 0295-57-6367

■商品・ご注文に関するお問い合わせは

TEL 0120-04-2770 までお気軽にお問い合わせください。