

## トラン・ブルー シュトレン FAX 注文書



※ご記入はボールペンでお願いします

ご注文者様			
フリガナ			電話番号
お名前	様		FAX
フリガナ			時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> なし
ご住所	〒		
本数 (ご注文者様分)	配送希望日	月 日 ( )	お支払い方法 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> ご来店
ご注文 総本数	お渡し方法 <input type="checkbox"/> ご発送 <input type="checkbox"/> ご来店		
※ご予約お申し込み後、翌々日までに店より電話又はFAXにて確認のご連絡をします。 ※店からの連絡がない場合は、お手数ですがご一報くださいますようお願いいたします。			

ご自宅以外に発送をご希望の場合、下記内容にご記入ください

発送先 1			
フリガナ			電話番号
お名前	様		
フリガナ			時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> なし
ご住所	〒		
本数	配送希望日	月 日 ( )	

発送先 2			
フリガナ			電話番号
お名前	様		
フリガナ			時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> なし
ご住所	〒		
本数	配送希望日	月 日 ( )	

発送先 3			
フリガナ			電話番号
お名前	様		
フリガナ			時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> なし
ご住所	〒		
本数	配送希望日	月 日 ( )	

備考			