



ファックス注文書

FAX 025-246-7120

ご注文者

ご注文日	平成 年 月 日	送信枚数	枚中 枚目
フリガナ			
お名前			
TEL	— —	FAX	— —
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

ご注文内容

	商品名	単価(税込)	数量	金額
1	姫川薬石 ひのき箱温浴セット 1.0kg	15,800円	個	円
2	姫川薬石 ひのき箱温浴セット 1.5kg	24,800円	個	円
3	姫川薬石 ひのき箱温浴セット 2.0kg	29,800円	個	円
4			個	円
5			個	円
			合計金額	円

お支払い方法

※送料無料 代引手数料無料

<input type="checkbox"/> 銀行振込 (振込予定日 /)	<input type="checkbox"/> 代金引換
--	-------------------------------

お振込先 (銀行振込)

大光銀行	新潟駅南支店	(普) 3511242	ニホンヤクセキケンキュウジョ
※FAX送信後、5日以内にお振込みください。振込手数料はお客様ご負担にてお願いいたします。			

配達日指定

指定無し	<input type="checkbox"/> 最短日時に発送します	配達日指定	<input type="checkbox"/> 月 日	
配達時間帯指定	<input type="checkbox"/> 8~12時	<input type="checkbox"/> 12~14時	<input type="checkbox"/> 14~16時	<input type="checkbox"/> 16~18時
	<input type="checkbox"/> 18~20時	<input type="checkbox"/> 18~21時	<input type="checkbox"/> 19~21時	

※代金引換の場合は注文日より4日以降、銀行振込の場合は振込日より4日以降の日時でご指定ください。

備考欄

.....
.....
.....