

つくば健康ハーブ研究所 宛
FAX:029-872-4778

FAX注文用紙

お客様情報			
氏名			
住所	〒 -		
電話番号		FAX	
メールアドレス	@		
お届け先氏名			
お届け先住所 <small>※住所と異なる場合のみご記入下さい。</small>	〒 -		
電話番号		FAX	
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> 銀行振込 <small>※振込手数料はお客様ご負担となります。</small>		
配達希望日	年	月	日 曜日
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 (9:00~12:00)		<input type="checkbox"/> 午後 (12:00~17:00)
	<input type="checkbox"/> 夕方 (17:00~19:00)		<input type="checkbox"/> 夜間 (19:00~21:00)
備考欄			

商品名	単価	数量	金額
合計			円