

FAX注文用紙

FAX: 0847-45-8832
(24時間受付)

府中家具工業協同組合 行き

※の記載欄は必須です。

年 月 日

ご依頼主様 (お届け先)	お名前	※			
	ご住所	〒			
	TEL	※	FAX	※	
別配送先	お名前				
	ご住所	〒			
	TEL				
配達希望	日	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 平日	<input type="checkbox"/> 平日・土曜日	<input type="checkbox"/> 日曜日・祝日
	時間	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 16~18時	<input type="checkbox"/> 12~14時 <input type="checkbox"/> 18時以降	<input type="checkbox"/> 14~16時
お支払方法	※	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> 郵便振替	<input type="checkbox"/> 代金引換	

下記商品を注文します。

品番	商品名・摘要	単価	数量	金額
※	※	※	※	
※	※	※	※	
※	※	※	※	
※	※	※	※	
※	※	※	※	
※	※	※	※	
※	※	※	※	
◆送料・総合計等の金額は後ほどご案内致します。		商品代金合計		
備考			送料	
			代金引換手数料	
			総合計	