

湘南スマイルコレクション

FAX 注文書

FAX 番号 0467-33-0984

こちらの FAX 注文書を A4 の用紙に印刷してご利用ください。

送信枚数 _____ 枚

注文日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

当ショップより、ご確認(合計金額など)の連絡をさせていただきます。お電話番号の明記をお忘れなくお願い致します。

お名前			
ご住所	〒 _____ - _____		
お電話番号		FAX 番号	
E-Mail アドレス	_____ @ _____ ご連絡用に使いますので正確にご記入下さい。 着信拒否設定済みのメールアドレス(携帯電話)は、ご利用できません。 メールアドレスをご記入なさらなくても結構です。その場合は、お電話と FAX にて対応させていただきます。 ご用意できる場合は、なるべくご記入下さい。		

商品お届け先

お名前			
ご住所	〒 _____ - _____		
お電話番号			
お届け指定日	_____ 月 _____ 日 (ご注文日より5日目以降でご指定下さい。)	無し	
お届け時間帯	午前中 12-14時 14-16時 16-18時 18-20時 20-21時	無し	

お支払い方法

お支払い方法 で囲んでください	代金引換 ・ 銀行振込 ・ 郵便振替
	代引手数料は、315円(税込)がかかります。 代引き決済の場合は、注文確認後、ただちに発送の手配をとります。 銀行振込手数料はご負担下さい。(入金確認後の発送となります。) 振込先 三井住友銀行 大船支店 普通 7047365 ヌ)マルスアーバンプロデュース 郵便振替手数料はご負担下さい。(入金確認後の発送となります。) 振替先 記号:10910 番号:7953621 ヌ)マルスアーバンプロデュース

ご注文商品

商品番号	商品名	数量

お届け先欄が足りない場合は、複数枚にてご利用ください。

通信欄
