

F A X 注 文 書

※は必須項目になります。

注文者様のお名前※	姓		名			
注文者様のふりがな	姓		名			
お届け先住所※	〒 -					
ご連絡方法※	<input type="checkbox"/>	電話				
	<input type="checkbox"/>	F A X				
	<input type="checkbox"/>	メール				
	ご希望のご連絡方法の左にある（ ）の中に「○」を記入し、右側の空白に番号もしくはアドレスをご記入下さい。F A X確認後、当店からお客様のご指定の方法でご連絡致します。					
代金支払い方法※	<input type="checkbox"/>	銀行振込				
	<input type="checkbox"/>	代金引換				
	ご希望のお支払い方法の横にある（ ）の中に「○」を記入して下さい。また手数料はともにお客様ご負担になります。					
配達希望日	年 月 日					
	特に希望日がない場合はご記入頂かなくて構いません。					
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/>	午前中	<input type="checkbox"/>	14時～16時	<input type="checkbox"/>	16時～18時
	<input type="checkbox"/>	18時～20時	<input type="checkbox"/>	19時～21時		
	ご希望の配達時間の横にある（ ）の中に「○」を記入して下さい。特に希望の時間がない場合はご記入頂かなくて構いません。					
ご購入のきっかけ						
ご要望・ご質問						
商品名（サイズや書体、色を必ずご記入下さい）						
商品名						
サイズ						
書体						
インク色						
ボディ色						
作成内容						