

FAX でご注文

ラビットサイン行

FAX045-410-7392

NO1

※は必須です。

会 社 名		
部 署		
※お 名 前		
※フ リ ガ ナ		
※ご注文者住所	〒	
※お届け先住所	〒	
※電 話 番 号		
※F A X 番 号		
※メールアドレス	@	
※お支払い方法 ○を付けてください	1, NP 後払い 2, 銀行振込 3. クレジット (VISA・JCB・DC・AMEX) ※カード NO ※使用期限 年 月	
※ご希望お届け日	年 月 日 (ご注文日より5日間以降)	
※ご希望お届け時間	午前中・12時~14時・14時~16時・16時~18時 18時~20時・20時~21時 指定無し	
※商品名	※商品番号	※数 量
		(枚・本・台)
		(枚・本・台)
		(枚・本・台)
		(枚・本・台)
		(枚・本・台)
		(枚・本・台)

☆お届け日とお時間はご希望に添えない場合があります。 ご注文日 年 月 日

☆種類が多い場合はコピーしてお使いください。

