

こだわりパンの店リンデンバウム FAX注文書 **【FAX番号】045-583-3858**

●FAX申込の場合は、このページを印刷して申込書としてご使用ください。

下記内容にて購入を申し込みます。 お申込日 年 月 日

| 商品名 | 数量 | 金額(税込) | 合計金額(税込) |
|-----|----|--------|----------|
| | | ¥ | ¥ |
| | | ¥ | ¥ |
| | | ¥ | ¥ |
| | | ¥ | ¥ |
| | | ¥ | ¥ |

※商品名ははっきりとご記入くださいませ。

| | |
|------|---|
| 合計金額 | ¥ |
|------|---|

| ご購入者・お支払い方法について | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 住所 | 〒 |
| TEL | FAX |
| E-mail | |
| お支払い方法 | <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 郵便振込 |
| 配達希望日時 | 月 日 <input type="checkbox"/> 時間指定無し <input type="checkbox"/> 9:00~12:00 <input type="checkbox"/> 12:00~14:00 <input type="checkbox"/> 14:00~16:00 <input type="checkbox"/> 16:00~18:00 <input type="checkbox"/> 18:00~20:00 <input type="checkbox"/> 20:00~21:00 |
| 備考 | |

| お届け先(購入者とお届け先が同じ場合は不要です) | |
|--------------------------|-----|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 住所 | 〒 |
| TEL | FAX |
| E-mail | |