



FAX(0565)38-4646

- ご注文は2営業日前までをお願い致します。
- 予約注文後のキャンセル、個数変更は配達日の前営業日12:00までにご連絡ください。
- 当日のキャンセルにつきましてはキャンセル料(半額)を頂戴致します。

◆FAXご注文書◆

FAX送信日 年 月 日

日時	年 月 日 () : ~ : の間を希望
----	-----------------------

ご依頼主様 お名前 (会社名)	フリガナ 様	(ご担当者様氏名) 様
ご住所	フリガナ 〒 -	
TEL	- -	用途 <input type="checkbox"/> 会議・研修 <input type="checkbox"/> 接待・来客 <input type="checkbox"/> 法事・法要 <input type="checkbox"/> 祝事 <input type="checkbox"/> イベント・行事 <input type="checkbox"/> スポーツ・大会 <input type="checkbox"/> 建前 <input type="checkbox"/> その他 ()
携帯	- -	
FAX	- -	

No	ご注文商品名	単価	税込価格	個数	小計	その他
		円	円	個	円	
		円	円	個	円	
		円	円	個	円	
		円	円	個	円	
		円	円	個	円	
		円	円	個	円	
合計				個	円	

お届け先	<input type="checkbox"/> 上記住所にお届け <input type="checkbox"/> 他にお届け⇒
当日連絡用携帯	様 携帯番号 - -
お支払方法	<input type="checkbox"/> 納品時に現金払いで領収書が必要 <input type="checkbox"/> 後日払いで請求書が必要 <input type="checkbox"/> クレジットカード
書類の宛名	<input type="checkbox"/> 上記の宛名 <input type="checkbox"/> その他の宛名⇒
容器回収(別料金)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回収時間()
何でお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 折込広告 <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> その他 ()

*その他ご要望がありましたらご記入ください。

◆ご注文ありがとうございます。

FAX到着後、1営業日以内に受注確認のFAXを送信させていただきます。

受注確認担当 _____

旬彩弁当 **菜の香**

フリーダイヤル 0120-017-709(受付時間9:30~17:30)

〒471-0808 豊田市渋谷町2-38-2

Tel(0565)89-2233 Fax(0565)38-4646

【定休日】日曜・年末年始(12/29~1/4)