

コロカル商店

co|ocal × RING BELL. お申し込み書



FAXでご注文の場合は、この方向に用紙をセットして下さい

FAX: 0120-59-9977

24時間受付

お申し込み日 20 年 月 日

【ご依頼主さま】					
お名前	フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご自宅 お電話番号	() () ()
				日中の ご連絡先	() () ()
ご住所	〒	都道府県	メール アドレス		
		区市郡	ご自宅 FAX	() () ()	
	ご注文受付完了のお知らせ <input type="checkbox"/> 希望する <small>※FAXにてご注文受付完了のお知らせをお送りしますので、上記「ご自宅FAX」に番号を必ずご記入ください。</small>				
ご依頼主さまご注文					
申込番号		申込番号		申込番号	
商品名		商品名		商品名	
金額	円 個	金額	円 個	金額	円 個
申込番号		申込番号		申込番号	
商品名		商品名		商品名	
金額	円 個	金額	円 個	金額	円 個
お届けご希望日	月 日	※お届けご希望日は、ご注文の日から（郵送の場合はお申し込み用紙弊社到着後）10日目以降をご指定いただけます。			

<p>※お届け先の電話番号は必ずご記入ください。 ※お届け先住所は、都道府県から正確に、またマンション・アパートの場合は部屋番号まで正確にご記入ください。 ※4件以上のお申し込みは、このお申し込み用紙をコピーしてご使用ください。 ※産地直送以外の商品については、「コロカル商店」専用の包装紙にてお届けいたします。のしは商品によりご希望に添えない場合がございます。 ※お届けご希望日は、ご注文の日から（郵送の場合はお申し込み用紙弊社到着後）10日目以降をご指定いただけます。</p>					
【お届け先さま】					
申込番号		お名前	様	〒	
商品名		電話番号	() () ()	ご住所	
金額	円 個	お届けご希望日	月 日		<input type="checkbox"/> 短冊のしあり (以下より選択) <input type="checkbox"/> 御祝 <input type="checkbox"/> 御礼 <input type="checkbox"/> お中元 <input type="checkbox"/> お歳暮 <input type="checkbox"/> 無地
申込番号		お名前	様	〒	
商品名		電話番号	() () ()	ご住所	
金額	円 個	お届けご希望日	月 日		<input type="checkbox"/> 短冊のしあり (以下より選択) <input type="checkbox"/> 御祝 <input type="checkbox"/> 御礼 <input type="checkbox"/> お中元 <input type="checkbox"/> お歳暮 <input type="checkbox"/> 無地
申込番号		お名前	様	〒	
商品名		電話番号	() () ()	ご住所	
金額	円 個	お届けご希望日	月 日		<input type="checkbox"/> 短冊のしあり (以下より選択) <input type="checkbox"/> 御祝 <input type="checkbox"/> 御礼 <input type="checkbox"/> お中元 <input type="checkbox"/> お歳暮 <input type="checkbox"/> 無地
申込番号		お名前	様	〒	
商品名		電話番号	() () ()	ご住所	
金額	円 個	お届けご希望日	月 日		<input type="checkbox"/> 短冊のしあり (以下より選択) <input type="checkbox"/> 御祝 <input type="checkbox"/> 御礼 <input type="checkbox"/> お中元 <input type="checkbox"/> お歳暮 <input type="checkbox"/> 無地

【お支払い方法】					
<input type="checkbox"/> 1.クレジットカード ※右欄のカード情報もご記入ください。			クレジットカード番号		
[カード種類] <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Diners ※カード代金の事前の連絡は省略させていただきます。			カードの有効期限 月 年		
<input type="checkbox"/> 2.NP後払い ※コンビニ支払い/郵便振替/銀行振込による後払いになります。			カードの名義	フリガナ 姓	フリガナ 名