

FAX 099-800-4388

## FAX 申込書

受付日 年 月 日

FAX での注文は下記をご記入の上、ご返信下さいませ。折返しご注文確認と金額のお知らせをいたします。

※の欄をご記入ください

## ※ お申込み者

|             |   |     |   |   |
|-------------|---|-----|---|---|
| フリガナ<br>お名前 | 様 | TEL | - | - |
|             |   | FAX | - | - |
| 〒           |   |     |   |   |
| 住所          |   |     |   |   |

電話番号は携帯など確実に連絡のつく番号をご記入ください。

## ※ お届け先 (お届け先がお申し込みと同じ場合はご記入の必要はありません)

|             |             |     |   |   |
|-------------|-------------|-----|---|---|
| フリガナ<br>お名前 | 様           | TEL | - | - |
| 〒           | マンション・アパート名 |     |   |   |
| 住所          |             |     |   |   |

電話番号は携帯など確実に連絡のつく番号をご記入ください。

## ※ ご注文内容

|                                   |                  |   |   |   |
|-----------------------------------|------------------|---|---|---|
| ご注文商品番号                           | (ビタミンバルーンカタログ参照) |   |   |   |
| 配達希望日                             | 平成               | 年 | 月 | 日 |
| 配達時間                              | 午前・午後            | 時 | 分 |   |
| お支払い方法                            | 銀行振込・店頭支払い       |   |   |   |
| メッセージ (必ず贈り主様お名前、受取人様お名前をご記入ください) |                  |   |   |   |
| _____ ^                           |                  |   |   |   |
| _____ より                          |                  |   |   |   |

振込先：鹿児島銀行 荒田支店 普通 255394 下野恵吾 ご注意：銀行振り込みの場合、振込手数料はお客様負担でお願い致します。お支払い確認後の手配となりますのでお早めにご予約・ご入金をご協力ください。

## スタッフ記入欄