

SOFOR ソーファー F A X 注文用紙

プリントアウト（印刷）してお使い下さい

TEL/FAX 03-3316-4662 E-mail mail@sofar.jp

送料を含めた合計金額をご連絡いたします。必ずご連絡先メールアドレスまたはTEL・FAXをご連絡ください。
ご連絡がない場合、ご注文は保留とさせていただきます。ご了承ください。海外の場合はメールでお送りください。

ご注文内容					
ご注文お申し込み日		年	月	日	
商品名			サイズ	数量	金額
					円
					円
					円
ご希望お届け日時	年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12～14 <input type="checkbox"/> 14～16 <input type="checkbox"/> 16～18 <input type="checkbox"/> 18～21 <input type="checkbox"/> 20～21				
ラッピング	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> お任せ				
メッセージカード選択	カード名をご記載ください（ ） <input type="checkbox"/> お任せ <input type="checkbox"/> いない				
メッセージ文	<input type="checkbox"/> いない				
ご注文者					
お名前					
フリガナ					
ご住所	〒				
TEL/FAX					
メールアドレス					
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換（ヤマトコレクトサービス）				

※ご注文者にお届けする場合はお届け先のご記入は不要

お届け先	
お名前	
フリガナ	
ご住所	〒
TEL/FAX メールアドレス	
その他ご要望などございましたらご記載ください（海外発送の場合はご住所のフリガナもご記入ください。）	