

バーゲンスไตล์ FAX オーダーシート

FAX送信先：06-4392-8105

ご注文日付	年 月 日	ご注文者情報は全項目必須です。	
<ご注文者>			
お名前：		ふりがな：	
ご住所：〒 -			
お電話番号：		FAX：	e-mail：
<お届け先> ご注文者と異なる場合はご記入下さい。			
お名前：		ふりがな：	
ご住所：〒 -			
お電話番号：		FAX：	
<お支払い方法> いずれかに をつけてください			
<input type="checkbox"/> 代引 <input type="checkbox"/> 銀行振り込み(先払い) <input type="checkbox"/> ジャパンネット銀行振り込み(先払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(先払い) <input type="checkbox"/> NP 後払い(メールアドレスが必須)			

ご注文商品名1：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名2：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名3：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名4：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名5：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名6：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名7：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名8：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：
ご注文商品名9：		品番：	
カラー：	サイズ：	価格：	数量：

ご注文が1枚に書ききれない場合は複数枚ご使用ください。

通信欄

ご注文受付・在庫確認後、当店からご連絡いたします。ご希望の連絡方法を下記よりお選びください。

電話 / FAX / E-MAIL 印をお付けください