


F A X 注 文 書

Home フローラル 

この用紙を印字してFAXにてご注文お願い致します

注文FAX番号 011-614-8393

お届け先	〒			
	住所			
	住所下	様方		
	お名前	様		
	電話番号	-	-	

ご依頼主	〒			
	住所			
	住所下	様方		
	お名前	必須 様		
	電話番号	-	-	FAX - - - 必須
	メールアドレス:	必須		

お届け日 年 月 日 ~ 年 月 日

お届け時間	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分	時間指定の理由
	<input type="checkbox"/> 迄	<input type="checkbox"/> 以降	<input type="checkbox"/> 頃	
	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 午後中	<input type="checkbox"/> 連絡確認後	
	<input type="checkbox"/> 着次第			

	商品番号・商品名	数量	個 束 基 鉢		金額	品種商品 (掲載商品以外に必須)
			単位			
商 品						アレンジメント
						花 束
						スタンド花
						壺活け
						その他

用途	お誕生日()才 お祝い・開店() お見舞い お供え()・ご葬儀
	季節行事 節句・こどもの日・母の日・入/卒・お中元・お歳暮・敬老の日・クリスマス・正月

メッセージ・名札記入欄 (※メッセージは30文字以内とします。)

備考・要望等記入欄・お届けに関するコメント

支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 来店支払 代引き
	お届け日前日午前まで確認可能であること
	<input type="checkbox"/> 代引き(注文主とお届け先が違う場合は不可)