

送信先：NPO法人 佐田岬ツーリズム協会

FAX. 0894-54-2221

F A X 注 文 書

■ ご依頼主様

ご注文日：平成 年 月 日

法人名又は個人名	ご住所	連絡先	
	〒	TEL	
		FAX	

■ ご注文内容

お届け先		コード	商品名	数量	単価	金額
①	ご住所	〒	TEL			
	氏名	<input type="checkbox"/> 配達日時指定： 月 日 (午前中 / 14時~16時 / 16時~18時 / 18時~20時 / 19時~21時) <input type="checkbox"/> のし：(有・無) <input type="checkbox"/> ご要望等：()				
②	ご住所	〒	TEL			
	氏名	<input type="checkbox"/> 配達日時指定： 月 日 (午前中 / 14時~16時 / 16時~18時 / 18時~20時 / 19時~21時) <input type="checkbox"/> のし：(有・無) <input type="checkbox"/> ご要望等：()				
③	ご住所	〒	TEL			
	氏名	<input type="checkbox"/> 配達日時指定： 月 日 (午前中 / 14時~16時 / 16時~18時 / 18時~20時 / 19時~21時) <input type="checkbox"/> のし：(有・無) <input type="checkbox"/> ご要望等：()				
④	ご住所	〒	TEL			
	氏名	<input type="checkbox"/> 配達日時指定： 月 日 (午前中 / 14時~16時 / 16時~18時 / 18時~20時 / 19時~21時) <input type="checkbox"/> のし：(有・無) <input type="checkbox"/> ご要望等：()				
⑤	ご住所	〒	TEL			
	氏名	<input type="checkbox"/> 配達日時指定： 月 日 (午前中 / 14時~16時 / 16時~18時 / 18時~20時 / 19時~21時) <input type="checkbox"/> のし：(有・無) <input type="checkbox"/> ご要望等：()				

(ご確認事項) 送料・代金引換手数料・代金振込手数料はお客様負担となります。

 NPO法人 佐田岬ツーリズム協会	〒796-0801 愛媛県西宇和郡伊方町三崎1700-11
	TEL. 0894-54-2225 / FAX. 0894-54-2221