

ご注文 FAX シート

このシートをダウンロードしていただきまして、誠にありがとうございます。

申込日時	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

商品 NO	商品名	数量

ご利用 2 回目以降の方は、前回取引時と変更がなければ、お名前だけの記入で構いません。
複数から選択する場合は、選択する方に✓を付けて下さい。

申込者のお名前			
住 所	〒 -		
お 電 話 番 号		日中連絡先	
F A X 番 号			
お 支 払 い 方 法	商品代金引換		前払い銀行振込
振込元口座名義			
配達時間帯の指定	指定なし	午前 9 時 ~ 12 時 夕方 17 時 ~ 19 時	午後 13 時 ~ 16 時 夜間 19 時 ~ 21 時
ご希望のご確認方法			
申込者のメールアドレス	@		
通信事項 (メモ)			

ご発送先 お申し込み者と異なる場合のみご記入ください。

発送先のお名前	
" 住 所	〒 -
" お電話番号	

作業服ファミリー FAX: 06-6765-3581

TEL: 06-6765-3581 E-MAIL: info@work-family.jp