

FAX注文書

No.

社会福祉法人 **藤里町社会福祉協議会**

FAX 0185-79-3330

ご注文主様	お名前	ふりがな 様	送信日	月 日 ()
	ご住所	〒 -		
	電話番号	FAX番号		
	E-mail	@		
	ご連絡先	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 携帯電話 (- -) <small>※ご注文確定の連絡をさせていただきます。ご希望の内容の□にチェックを入れてください。</small>		
お届け先	お名前	※ご本人様以外へお届けの場合に記入してください。 様	電話番号	
	ご住所	〒 -		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 ※ご希望の内容の□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 郵便振替(前払い) 名義人 フク) フジサトマチシャカイフクシキョウギカイ 記号18680 番号16374891			
お届け希望日時	月 日 ()		<small>※ヤマト運輸クール宅急便でお届けいたします。 ご希望がある場合ご注文日より5日以降でご記入ください。</small>	
通信欄	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14時-16時 <input type="checkbox"/> 16時-18時 <input type="checkbox"/> 18時-20時 <input type="checkbox"/> 19時-21時 <small>※のし等のご希望があれば記入してください。</small>			
商品名		単価(税込)	数量	小計
白神まいたけキッシュ		1,400 円	個	円

太枠内をご記入しFAXしてください。

白神まいたけキッシュ	1,400 円	個	円
配送料			円
代引手数料			円
お支払い合計金額			円

※クレジットカードでのお支払いはご利用いただけません。

※郵便振替の場合は、ご入金確認後の発送となります。予めご了承お願いいたします。

※配送料(ヤマト運輸クール宅急便)・代引手数料・振替手数料はお客様負担となります。ご注文の確定連絡にてお支払い合計金額をご連絡いたします。

ご注文されてから3日(土・日を除く)を過ぎてもご注文確認の連絡がない場合、FAX注文書が正しく届いていない可能性がございます。その際はお手数ですが番号を確認の上、再度FAXを送信していただけますようお願いいたします。

■個人情報の取り扱いについて

ご注文によりお客様からご提供いただく個人情報は、お客様への商品の発送及び付随するサービスに関してのみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

お問い合わせ

社会福祉法人 **藤里町社会福祉協議会** TEL0185-79-2848