

FAX ORDER SHEET

住所:兵庫県神戸市中央区江戸町96ストロングビル1F
 TEL:078-331-0459 営業時間:10:00 - 19:00

DATE / ご配達・ご来店の日時	<input type="checkbox"/> ご配送 <input type="checkbox"/> ご来店 月 日 AM / PM :	
ITEM / 内容	<input type="checkbox"/> アレンジメント(¥4,320~) <input type="checkbox"/> ブーケ (¥3,780~)	
PRICE / ご予算	¥ _____	
FOR / 用途	<input type="checkbox"/> birthday <input type="checkbox"/> 開店祝い <input type="checkbox"/> お見舞い <input type="checkbox"/> その他	
IMAGE / イメージ	お色目、雰囲気などのご希望が有りましたらお書き下さい。	
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ご希望が有りましたらお書き下さい。	
MESSAGE / メッセージカード代筆	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ご希望が有りましたらお書き下さい。	
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ご希望が有りましたらお書き下さい。	
TO / お届け先	NAME / 氏名	
	ADDRESS / 住所	〒 _____
	TEL / 電話番号	
	DELIVERY TIME 配達時間指定	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 12時-14時 <input type="checkbox"/> 14時-16時 <input type="checkbox"/> 16時-18時 <input type="checkbox"/> 18時-20時 <input type="checkbox"/> 20時-21時 <input type="checkbox"/> 指定なし
FROM / ご依頼主	NAME / 氏名	
	ADDRESS / 住所	〒 _____
	TEL / 電話番号	
	FAX / ファックス	
PAYMENT / お支払い方法	<input type="checkbox"/> 来店入金 <input type="checkbox"/> 銀行振込 (ご入金予定日 月 日)	
	リソナ銀行 普通0162701 エルブドカンパーニュ ダイヒョウヤマモトシンジ <small>*申し訳ございませんが振込手数料はお客様負担でお願い致します。 *銀行振込の場合は前日までにご入金をお願い致します。</small>	

当店記入欄

金額	商品
	配送料
	消費税
	合計金額
MEMO	