

雅風堂ギフト お申込み用紙

★ボールペンで必要事項をご記入の上、雅風堂まで FAX をお送り下さい。

お申し込み日 月 日
(FAX 送信日)



御菓子司

雅風堂

FAX 076-276-3069

TEL 076-276-3488

石川県白山市布市 1-239 営業→年中無休 8:30~19:00

ご依頼主	
ご注文者	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>
代金請求先	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>

通信欄

お届け先		※請求書が必要な場合はチェック <input type="checkbox"/> 請求書希望		ご注文商品		のし	
お届け先 1	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	数量 <input type="text"/>	単価 <input type="text"/>	商品名 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>	のし ※チェック	
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 無地のし
お届け先 2	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	数量 <input type="text"/>	単価 <input type="text"/>	商品名 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>	のし ※チェック	
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 無地のし
お届け先 3	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	数量 <input type="text"/>	単価 <input type="text"/>	商品名 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>	のし ※チェック	
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 無地のし
お届け先 4	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	数量 <input type="text"/>	単価 <input type="text"/>	商品名 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>	のし ※チェック	
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 無地のし
お届け先 5	お名前(法人名) <input type="text"/> お電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	数量 <input type="text"/>	単価 <input type="text"/>	商品名 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>	のし ※チェック	
	ご住所 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市区郡 <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 無地のし

FAX 送信方向