

〒    -

都道府県

# 西澤商店宛 ご注文書

FAX(011)820-3822  
TEL(011)820-3833

ご依頼主

フリガナ

ご氏名 様

お電話 ( )

FAX ( )

日中ご連絡先 ( )

※黒ボールペン等ではっきりとご記入の上FAX、郵送等にてご注文下さい。  
※交通事情等により必ずしもご希望のお届け日とならない場合がございます。  
※初めてご注文のお客様は、前払いor代引きorカード決済となります。

《通信欄》(ご請求先等異なる場合はご記入下さい)

※カード決済ご希望の場合は、以下にご記入下さい(カード種類に○をお付け下さい)。

カード種類: JCB・VISA・UC・MASTER

番号

名義人(フリガナ):

有効期限: 年 月

★ご希望の[のし]、お届け日の[頃]or[必着]にチェック☑をお願いします★ のし:  不要  中元/歳暮  その他 ( )

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着

お届け先	〒	NO	商品名(重量・切身の有無等)	数量	備考
	ご住所				
	ご氏名 様				
	お電話 ( )				ご希望お届け日 月 日 <input type="checkbox"/> 頃 <input type="checkbox"/> 必着