



FAX送信方向

**@イベントワン FAX注文用紙(兼お客様控え)**

月 日

| 申し込み番号 | 商品名 | 数量 | 税抜き単価 | 備考 |
|--------|-----|----|-------|----|
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |
|        |     |    |       |    |

商品代金が合計で30,000円(税別)を超えますと送料が無料になります。(配送先一ヶ所)

|                                 |                   |   |  |
|---------------------------------|-------------------|---|--|
| お客様<br>の                        | お名前(法人名)          | 様   |  |
|                                 | 担当者様名             | 様   |  |
|                                 | ご住所<br>(マンション名まで) | 〒   |  |
|                                 | ご希望の連絡方法          | ( <input type="checkbox"/> に印を入れて下さい) 確実に連絡がとれる番号をご記入下さい。 |  |
|                                 |                   | <input type="checkbox"/> 電話番号(必須)携帯電話可能                   |  |
| <input type="checkbox"/> FAX番号  |                   |   |  |
| <input type="checkbox"/> E-MAIL |                   |   |  |

|        |  |                              |                               |                               |
|--------|--|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| お届け希望日 | 月 日 ( )  | <input type="checkbox"/> までに | <input type="checkbox"/> 指定   | <input type="checkbox"/> 特になし |
| 希望時間帯  | <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 | 時 ~ 時                        | <input type="checkbox"/> 指定なし |                               |

※お届け希望時間帯: 午前中・12時~14時・14時~16時・16時~18時・18時~20時・20時~21時からお選び下さい

|      |                           |   |
|------|---------------------------|---|
| お届け先 | お届け先が上記の住所と異なる場合のみご記入下さい。 |   |
|      | お名前(法人名)                  | 様 |
|      | ご住所<br>(マンション名まで)         | 〒 |
|      | 電話番号                      |   |

|                              |   |  |  |
|------------------------------|---|--|--|
| お支払い方法                       | ( <input type="checkbox"/> に印をつけて下さい)               |  |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 代金引換                       | 商品到着時に配達員にお支払い下さい ※代引き手数料は315円(税込み)です。                               |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 郵便払込                       | 商品と同時に払込用紙を同封するか用紙を別便にてお送り致します。<br>商品到着または用紙が到着後5日以内にお支払い下さい。        |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 銀行振込<br>右の2行から<br>選択して下さい。 | お買上げ金額が30,000円(税別)を超える場合の振り込み料は当社が負担致します。                            |  |
|                              |   | <input type="checkbox"/> 振込先①:北陸銀行 羽咋支店(ハクイ) 普通 5059320 口座名:ユ)イベントワン | <input type="checkbox"/> 振込先②:ゆうちょ銀行 店番318 普通 0971875 口座名:ユ)イベントワン |
| <input type="checkbox"/> 領収書 | 振込みが確認されてからの発行になります。(必要な場合のみご記入下さい)<br>宛名: 適用欄:     |  |  |

|         |                               |                                   |
|---------|-------------------------------|-----------------------------------|
| その他のご希望 | <input type="checkbox"/> 包装希望 | <input type="checkbox"/> 包装&おのし希望 |
|         | <input type="checkbox"/> その他: |                                   |

イベントワン FAX番号:0767-38-8541