シュタットシンケン　注文お申し込み用紙　FAX.045-981-5584

お申込日:　　年　　月　　日

【ご依頼主様】

ご依頼主		
	ふりがな お名前	
	ご住所	〒
	Tel	日中ご連絡のできる電話番号をご記入ください
	ご連絡先	当店から振込先・発送予定・合計金額をお知らせしますので、ご都合の良いご連絡先をご記入ください □Tel（　　） □Fax（　　） □E-Mail（　　）

ご注文(ご自宅お届け分)		
商品名	数量	希望配達時間
		レ印記入 □なし □午前中 □12～14時 □14～16時 □16～18時 □18～20時 □20～21時

支払方法		
	ご希望のお支払方法にレ印を記入ください □銀行振込(前払い) □代金引換	※銀行振込をお選び頂いた場合は、7日以内にご入金ください。 期日を過ぎた場合は、注文は無効となります。 入金確認後、発送します。
備考	(ご希望・ご質問などをご記入ください)	

【ご贈答先】（ご自宅以外にお届けする場合は、以下にご記入ください）

ご贈答先1				
	ふりがな お名前		商品名 / 数量 / 希望配達時間	
				□なし □午前中 □12～14時 □14～16時 □16～18時 □18～20時 □20～21時
	ご住所	〒		
	Tel		のし　□不要 □お中元 □お歳暮 □他(　　)	
	備考			

ご贈答先2				
	ふりがな お名前		商品名 / 数量 / 希望配達時間	
				□なし □午前中 □12～14時 □14～16時 □16～18時 □18～20時 □20～21時
	ご住所	〒		
	Tel		のし　□不要 □お中元 □お歳暮 □他(　　)	
	備考			

〒227-0052 神奈川県横浜市青葉区青葉台1-15-7
シュタットシンケン
Tel＆Fax. **045-981-5584**
http://www.stadt-schinken.com/