

鹿角靈芝 F A X 注文書

八千草堂 F A X 番号 0967-35-4231 に送信

ご注文内容	<input type="checkbox"/> 鹿角靈芝原形 ( ) グラム <input type="checkbox"/> 鹿角靈芝チップ ( ) グラム <input type="checkbox"/> 鹿角靈芝ティーパック 4gx25 ( ) 袋 <input type="checkbox"/> 鹿角靈芝カプセル 150 錠入 ( ) 箱
ご注文者のお名前	
ご住所	〒
電話番号	
F A X 番号	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 (代引き) . . . 翌日までに発送 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行振込 <input type="checkbox"/> ジャパンネット銀行振込 <input type="checkbox"/> 熊本ファミリー銀行振込 ※振込を確認後に発送 口座番号やお振込み金額は追ってご連絡します。
当店よりご注文確認と 発送のご連絡方法	<input type="checkbox"/> F A X を希望 <input type="checkbox"/> 電話を希望 <input type="checkbox"/> メール希望 アドレス _____ @ _____
配達時間指定	<input type="checkbox"/> 9 時～12 時 <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

↓お届け先が違う、または贈答品の場合などの記入欄

お届け先のお名前	
ご住所	〒
電話番号	
お届け先に価格を知らせても よいですか？	<input type="checkbox"/> 価格は知らせないでほしい <input type="checkbox"/> 価格は知らせてもよい
発送者の名前	<input type="checkbox"/> 八千草堂名でよい <input type="checkbox"/> 注文者のお名前住所で発送してほしい

鹿角靈芝専門卸販売 八千草堂 〒熊本県阿蘇市一の宮町坂梨 6 2 1 番地

電話 0967-35-4241 fax 0967-35-4231