

発信元：*

発信元 FAX 番号：*

注文 F A X 送信

*の空欄に必要事項をご記入頂き送信して下さい。

送付先： 通販店商品受注窓口	発信者： *
会社名： 高尾健康機器販売	電話番号： *
FAX 番号： 042-634-8744	日付： *
電話番号： 042-625-8299	送付枚数： 1枚
要件： (注文商品) *	

<配送先氏名・会社名> *

<配送先住所> *

<注文商品名・価格>

<グレード分類> * AAA ・ AA ・ A ・ B ・ C ・ その他商品

<別売り備品購入> * なし ・ 有 (商品名：)

<配送日> * 月 日 曜日

<時間指定> * 午前中・12~14時・14~16時・16~18時・18~20時・20~21時

上記の FXA 番号に受注確認の FAX をさせていただきます。

FAX を必要としない場合や別の FAX 番号に送信希望のお客様はご記入ください。

<注意事項>

(ご本人以外の注文の場合にはご記入お願いします。)

<氏名>

<住所>

<連絡先> FAX :

TEL :

<ご本人との関係>

以上