

花風舎/Soel Flowers FAX注文用紙 053-545-9686

ご注文主	お名前			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
	メール			

お届け先	お名前			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
	メール			

お届け希望日時	月	日	()	午前	・	午後
---------	---	---	-----	----	---	----

商品番号	商品名	数量	税込単価	税込金額
			小計	円
			配達料	円
			合計金額	円

用途	・お祝い(<input type="checkbox"/> 誕生日 ・ <input type="checkbox"/> 開店 ・ <input type="checkbox"/> 開業 ・ <input type="checkbox"/> 開院 ・ <input type="checkbox"/> 周年 ・ <input type="checkbox"/> 記念日 ・ <input type="checkbox"/> 就任 ・ <input type="checkbox"/> 新築 ・ <input type="checkbox"/> 結婚 ・ <input type="checkbox"/> 送別) ・お供え(<input type="checkbox"/> ご葬儀 ・ <input type="checkbox"/> 法事 ・ <input type="checkbox"/> 初盆) ・プレゼント用 ・ご自宅用 ・その他()
----	---

名札・メッセージカード	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	※スタンド花・胡蝶蘭・観葉植物は「名札」アレンジメント・花束は「メッセージカード」となります

お花についてのご要望、配達時の注意事項、その他ご連絡事項がありましたらご記入ください

お支払方法: <input type="checkbox"/> 銀行振込み <input type="checkbox"/> 来店お支払 <input type="checkbox"/> 代金引換	
お振込み先: 静岡銀行 浜松営業部 普通 1329967 カ)カフウシヤ 株式会社花風舎	
※ご請求先(ご請求先がご注文主様と異なる場合はご記入ください)	
お名前	
住所	
TEL	

- FAXご注文後、当店より確認のお電話をさせていただきます。必ず連絡の取れる電話番号を記載ください
- 当店より確認の電話がない場合は、FAX受信エラーの可能性がございます。お電話にてお問い合わせください。※営業時間外は翌営業日のご連絡となります