

ご注文 (この内容で注文します。)

通信販売用／郵送・FAX送信用

お問合せ (返信後改めて注文します。)

お問合わせ 年 月 日 No. / 枚中
お申込み日 年 月 日

ご住所	〒□□□□-□□□□		都道府県		市郡		区
	町						
お名前	フリガナ	TEL	(自宅)		(FAX)		
			(携帯)		お掛けする時間にご希望がある場合 → 時頃		

※ご注文の場合は、それぞれ該当する項目に○を付けてください。

ご注文方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> その他()									
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 送金 → <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込									
	ご送金額 ¥ <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <input type="checkbox"/> コレクト(着払)									

宅急便お届け指定			
<small>※ご注文から日数が少ない場合、ご希望に添えない場合があります。</small>			
<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 16～18時	
<input type="checkbox"/> 曜日	<input type="checkbox"/> 12～14時	<input type="checkbox"/> 18～20時	
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 14～16時	<input type="checkbox"/> 20～21時	

※金額はわかる範囲で結構です。

メーカー	No.	品名	数量	単価	金額	備考

通信欄 ※ご注文・お問合わせは水～土曜＝12～19時、日祭日＝10～18時をお願いします。

合計				
消費税				
送料				
コレクト料				
余剰金				
総合計				



エコーモデル
 〒174-0052 東京都板橋区蓮沼町53-7
 TEL. 03-3969-6073 FAX. 03-3969-2681