



FAX 0553-23-2030

アサヤ食品株式会社

〒405-0031

山梨県山梨市万力1479

TEL 0553-22-0865 FAX 0553-23-2030

注文書

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

ご依頼主名	〒	

	ふりなが氏名	
	電話	_____
	緊急連絡先	_____
FAX		_____
メールアドレス		_____

※ギフト専用箱代は1セットにつき別途250円(税抜)がかかります。

※包装・のしサービス

※お届け先一箇所につきご注文合計5,000円以上送料サービス(5,000円未満の場合別途弊社規定運賃がかかります)

※お申し込みをいただき商品発送後に郵便振替用紙をご依頼主様あてにお送りいたします。10日以内のお振込をお願いいたします。

◆お支払い方法 郵便振替のみ

お届け先①	〒		商品番号	数量	金額	お届け希望日	月	日	頃希望			
	_____						のし	午前中 ・ 12時～14時 14時～16時 ・ 16時～18時 18時～20時 ・ 20時～21時 希望しない				
	_____		ギフト箱	×@250				必要・不要	必要・不要			
	_____		消費税						お名前	必要・不要		
	ふりなが氏名		合計 _____ 円							必要・不要		
電話(※必ずお書き下さい)		包装紙	必要・不要		必要・不要							
() -												

お届け先②	〒		商品番号	数量	金額	お届け希望日	月	日	頃希望			
	_____						のし	午前中 ・ 12時～14時 14時～16時 ・ 16時～18時 18時～20時 ・ 20時～21時 希望しない				
	_____		ギフト箱	×@250				必要・不要	必要・不要			
	_____		消費税						お名前	必要・不要		
	ふりなが氏名		合計 _____ 円							必要・不要		
電話(※必ずお書き下さい)		包装紙	必要・不要		必要・不要							
() -												

お届け先③	〒		商品番号	数量	金額	お届け希望日	月	日	頃希望			
	_____						のし	午前中 ・ 12時～14時 14時～16時 ・ 16時～18時 18時～20時 ・ 20時～21時 希望しない				
	_____		ギフト箱	×@250				必要・不要	必要・不要			
	_____		消費税						お名前	必要・不要		
	ふりなが氏名		合計 _____ 円							必要・不要		
電話(※必ずお書き下さい)		包装紙	必要・不要		必要・不要							
() -												

