

POPO FAX専用申込書



03-5723-8188

お電話番号

FAX番号

お名前

フリガナ	性 男 別 女
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ご住所

〒	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>
現住所	都道府県	市区郡	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
〒	<input type="text"/>	都道府県	市区郡
旧住所	<input type="text"/>		旧電話番号
	<input type="text"/>		

お届け先変更

商品番号 左寄せでご記入下さい。

数量 右寄せ

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	注文確認方法 1.電話のみ 2.FAXのみ 3.電話とFAX <small>枠内1か2か3のいずれかをご記入ください。</small>
<input type="checkbox"/>	お支払い方法 1.郵便振替 (振替手数料がかかります。) 2.銀行振込 (振込手数料がかかります。) 3.代金引換 (代引き手数料がかかります。) <small>枠内1か2か3のいずれかをご記入ください。</small>
<input type="checkbox"/>	配達曜日指定 1.月 2.火 3.水 4.木 5.金 6.土 7.日 <small>ご希望の方のみ数字を1つ枠内にご記入ください。</small>
<input type="checkbox"/>	配達曜日指定 1.午前 2.12:00~14:00 3.14:00~16:00 4.16:00~18:00 5.18:00~20:00 6.20:00~21:00 <small>ご希望の方のみ数字を1つ枠内にご記入ください。</small>

↑ **ご購入商品を上記の住所以外にお届けする方は…**
 商品番号の左枠にチェックを入れて下さい。

お届け先のお名前

フリガナ

お届け先電話番号

〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
指定ご住所	都道府県	市区郡
	<input type="text"/>	