

## 【個人様用】 注 文 書

ご注文日		年 月 日	
注文者様	お名前	様	
	住所	〒 ー	
	電話番号		fax
	メールアドレス		

発送先	<input type="checkbox"/> 上記ご住所に送る		<input type="checkbox"/> 下記発送先に送る	
	お名前	様		
	住所	〒 ー		
	電話番号		fax	

支払方法	代金引換のみ
配達希望日時	月 日 午前中・ 14-16 ・ 16-18 ・ 18-20 ・ 19-21
	※注文確認の翌営業日発送

※送料：化粧品ご注文合計が4,000円（税抜）以上で送料無料、それ以外は一律1,000円（税抜）

	商品名 ※店販用商品のみご注文承ります。	容量	数量
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

備考：その他連絡事項などご記入ください

担当者：