


発 送 承 り 票 (インターネットより)

ご 依 頼 主	ふりがな		TEL :	の し が け	記入要領をご指示下さい		通 信 欄	・お問い合わせ、お申し込みは 〒760-0045 香川県高松市古馬場町13-7 ルベールビル1F (ライオン通り) フリーダイヤル 0120-23-0449 TEL 087-823-4477 FAX 087-866-6018			
	お名前		FAX :		344330 344530			*電話の受付時間 (PM4:00~AM2:00) FAXは24時間承ります。			
	ふりがな										
	お住所	〒									
お届け先	お名前	電話番号	お届け先	ご住所	商品番号	種類	だし	数量	お届け希望日		
カナ			〒			細切り	並切り	か	つ		
								け	け		
カナ			〒			細切り	並切り	か	つ		
								け	け		
カナ			〒			細切り	並切り	か	つ		
								け	け		
カナ			〒			細切り	並切り	か	つ		
								け	け		
カナ			〒			細切り	並切り	か	つ		
								け	け		

※電話番号は必ずご記入下さい。

※お支払い方法をお選び下さい。()郵便振替 ()代金引換

平成 年 月 日受付