

F A X 申し込み票

FAX : 082-872-8858

フラワーマーケット 花小町 行

<ご依頼主>

住所	〒		
お名前			
電話番号		FAX	
商品番号		商品名	
数量		代金	¥
送料	¥	合計金額	¥
リボン・メッセージカード	無・有 内容:		
ご要望			

<お届け先>

住所	〒		
お名前			
電話番号			

料金支払方法	どちらかお選びください 1. 郵便振込 2. クレジット		
お届け希望日	年	月	日

※贈答用の場合は必ず目的内容をご明記ください。