

注 文 票 (F A X 番 号 0 7 2 - 8 5 9 - 0 3 0 9)

		ご注文日	平成 年 月 日	
氏名	せい	めい		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> </div>
	姓	名		
郵便番号	〒		-	
住所				
電話番号				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> </div>
FAX番号				
ラスク	種 類	注文個数	1 個 当 り 価 格	合 計 金 額
	プレーン		250円	
	アーモンド		250円	
	チーズ		250円	
	ガーリック		250円	
	メープル		250円	
	小 計			
	送 料	ラスク代金が、 5,000円未満のときは、500円 5,000円以上のときは、無料		
	合 計			

ご要望等がございましたら下記にご記入ください。

※ F A X が 到 着 次 第、ご注文確認のため、こちらからご連絡します。