

FAX 番号 : 0 3 - 5 2 2 7 - 7 6 7 0

FAX 注文書

ご注文日 : 年 月 日

※1 お名前 :

※2 フリガナ :

※3 ご住所 : (〒)

※4 電話番号 :

5 FAX 番号 (FAX によるご注文の方) :

6 緊急連絡先 (携帯番号) :

※7 ご注文希望商品

・カグラクリーン 除菌抗菌スプレー 500ml

2,000 円 (税抜価格) 本

8 その他 (クーポン番号、等)

(※ 必須事項)