

# eパスタタイム FAX 注文用紙(その他用)2024

ご注文日	年 月 日
(ふりがな) お名前	( )
お客様番号	
お届け先	〒
TEL / FAX	TEL :                                      FAX :
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換宅配便 <input type="checkbox"/> NP 後払い (コンビニ・銀行振込・郵便振替)
お届け時間帯指定	指定なし    午前中    14時～16時    16時～18時 18時～20時    19時～21時

商品名	価格 (税込み)	数量	小計
記入例：レスキューレメディ 10ml	¥2,680-	2	¥5,360-

- ※) 商品名は省略せずに、正確にお書き下さい
- ※) 金額は全て税込みでご記入ください
- ※) 送料は、ホームページから書き写してください  
(商品の合計額が 10,000 円以上の場合は送料無料です)
- ※) NP 後払いのご利用限度額は 累計残高で 55,000 円 (税込) 迄です

商品の合計額	
送料 (宅配便)	
お支払い合計額	

ご注文専用 FAX 番号 **0 2 2 - 3 9 1 - 1 5 8 5** (24時間365日受付)