

# ご注文書

年 月 日

〒  
住所

---

氏名 様

---

☎

FAX 076-245-1371



(株)浦田甘陽堂  
〒921-8021  
石川県金沢市御影町21-14  
フリーダイヤル 0120-43-1719  
電話 (076)243-1719  
FAX (076)245-1371

**注意** ○お届け希望日のご指定がある場合は、だいたいの希望日をご記入ください。(出荷が2~3日前後になる場合がございます。)

本状をFAX、または郵送、ご来店の折ご持参くださいますようお願い致します。

お届け先様

住所〒

---

氏名 様

---

電話番号は必ず  
お書きください。 ➡ ☎

| 品名   | 数量 | 単価 | お届け希望日        |
|------|----|----|---------------|
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
| のし不要 | 合計 |    | 送料            |

お届け先様

住所〒

---

氏名 様

---

電話番号は必ず  
お書きください。 ➡ ☎

| 品名   | 数量 | 単価 | お届け希望日        |
|------|----|----|---------------|
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
| のし不要 | 合計 |    | 送料            |

お届け先様

住所〒

---

氏名 様

---

電話番号は必ず  
お書きください。 ➡ ☎

| 品名   | 数量 | 単価 | お届け希望日        |
|------|----|----|---------------|
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
| のし不要 | 合計 |    | 送料            |

お届け先様

住所〒

---

氏名 様

---

電話番号は必ず  
お書きください。 ➡ ☎

| 品名   | 数量 | 単価 | お届け希望日        |
|------|----|----|---------------|
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
| のし不要 | 合計 |    | 送料            |

お届け先様

住所〒

---

氏名 様

---

電話番号は必ず  
お書きください。 ➡ ☎

| 品名   | 数量 | 単価 | お届け希望日        |
|------|----|----|---------------|
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
|      |    |    | 月 日 頃<br>/ 必着 |
| のし不要 | 合計 |    | 送料            |

ご記入いただいた氏名、住所、電話番号は注文管理、配達のために利用致します。また、ご依頼主様の氏名などは今後ダイレクトメールなどをご案内する際に利用致します。

ご希望のお支払方法に○をつけてください

|      |                          |      |                          |
|------|--------------------------|------|--------------------------|
| 代金引替 | <input type="checkbox"/> | 郵便振替 | <input type="checkbox"/> |
|------|--------------------------|------|--------------------------|