

お名前入れオーダーシート

年 月 日

店頭・Tel・FAX・Mail

担当

フリガナ		※ Tel	
お名前 (ご注文者)	様	FAX	
ご住所	 DM郵送 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
E-Mail	お誕生月 <input type="text"/> 月		

商品名			
彫刻する名前： 日付け： イラスト： フォント：			
仕上がり・着日指定 (月 日)			
ラッピング	※メッセージ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> リボン (No) <input type="checkbox"/> 熨斗 (/)		
製作後	お引き取り / 発送 午前中・14-16時・16-18時・18-20時・19-21時		

お支払方法	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 振込 (ゆうちょ・JNB) 入金確認日 月 日	<input type="checkbox"/> 代引 ※手数料あり	<input type="checkbox"/> ご来店時
-------	--	---------------------------------------	-------------------------------

フリガナ		※ Tel	
お届け先	様	包装	
ご住所			