

# FAX 送信先 054-366-1116

ご記入日 年 月 日

ご注文者様	ふりがな	ふりがな
	お名前(※必須)	会社・団体名
	〒 ご住所	
	TEL. (※必須)	FAX
	Email	

## ご注文内容について(必須項目)

お考えのお菓子の種類	<input type="checkbox"/> オリジナル商品	<input type="checkbox"/> 焼印・絵柄オリジナル	
	<input type="checkbox"/> オリジナルパッケージ、詰合	<input type="checkbox"/> その他	
ご検討中の数量	<input type="checkbox"/> ～100個	<input type="checkbox"/> 100個以上	<input type="checkbox"/> 未定
ご検討中の納期	<input type="checkbox"/> 一カ月以内	<input type="checkbox"/> 一カ月以上	<input type="checkbox"/> 未定
お電話でのご連絡	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
ご用途・ご要望など 詳細をおきかせください			

お届け先	ふりがな	ふりがな
	お名前	会社・団体名
	〒 ご住所	
	TEL.	

※未定の場合、お届け先のご記入は不要です