

マスクレード FAXご注文書

◎お届け日 年 月 日

◎お届け時間（※お届け時間の目途）

◎お届け先会社名・部署名 様

◎お届け先ご住所

◎ご担当者名 様

◎ご連絡先（できれば複数） **【連絡先1】** **【連絡先2】**

◎お支払い方法 代引 請求書（法人様限定） 現地カード決済（VISA、MASTER）

◎領収書／請求書お宛名

◎請求書送付先（お届け先と違う場合）

◎備考	◎ご注文変更	日付
	内容	

【ご注文内容】

品番	品名	数量	単価	小計

◎合計数量

※キャンセル料（配達2日前12時以降50%、配達前日18時~100%）

株式会社アポルテフードファクトリー
 店名：マスクレード
 〒213-0005 神奈川県川崎市高津区北見方1-21-10
 TEL：044-281-4304 FAX：0120-806-017
 （電話受付時間：10~18時 年中無休）