FAX注文用紙

No.

ご注文日　　年　　月　　日

この度はご注文ありがとうございます。

下記のFAXフォームに必要事項をご記入の上、
カホパーツセンター株式会社まで送信をお願い
致します。
折り返し、お支払い総額をご連絡させて頂きます。

■ お支払い

※ ご希望のお支払い方法を〇で囲んでください。

1.代金引換

2.銀行振込　西日本シティ銀行／大名支店
普通／2221308
口座名義：カホパーツセンター株式会社
カホパーツセンターカブシキガイシヤ

FAX番号 092-712-4946

● ご依頼主様

お名前　　様

ご住所　〒　　－

電話番号　　FAX番号

● お届け先（ご依頼主と同じ場合は無記入で結構です）

お名前　　様

ご住所　〒　　－

電話番号

■ ご注文商品

商品コード	商　品　名	数　量	単　価

※ 折り返しご連絡を差し上げますので、ここより以下は、お客様は無記入でお願い致します。

ご注文合計金額	
送　料	
代引手数料	
●お支払い合計金額	

■ 配達指定

※ご希望がございましたらご記入ください。

お届け日については、ご希望に添えない場合もございます。
その際は、ご連絡をさせていただきます。

銀行振込をご利用の場合、入金確認がとれてからの発送となります。

●配送希望日　　月　　日（　　）曜日

●配送時間指定※ご希望の時間帯に☑を入れてください。

☐ 午前中　☐ 12:00- 14:00　☐ 14:00- 16:00
☐ 16:00 - 18:00　☐ 18:00 - 20:00　☐ 20:00 - 21:00