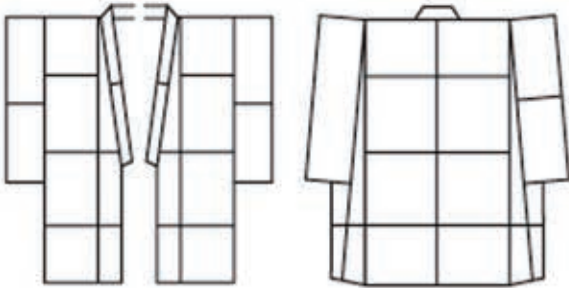


ご注文者様

お名前		住所	〒	
電話番号				
FAX番号				
E-mail				
弊社からの連絡ご希望方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail			

見積り依頼内容

<input type="checkbox"/> 丸洗い	__点	※シミ抜き等ご希望の場合 指定個所に×印をご記入ください。 
<input type="checkbox"/> 丸洗い + 汗抜き	__点	
<input type="checkbox"/> カビとり、除菌洗浄	__点	
<input type="checkbox"/> その他		

商品の引き取りご希望日時 ※24時間以降でお願い致します。

(注) 休業日にFAX頂いた場合ご希望に添えない場合がございます。ご了承頂きますようお願い致します。

__月__日 (__) 曜日	<input type="checkbox"/> 13時迄 <input type="checkbox"/> 13時から15時迄 <input type="checkbox"/> 15時から17時迄 <input type="checkbox"/> 15時から17時迄
----------------	--

お支払いご希望方法

<input type="checkbox"/> 銀行振込	※振込み手数料はお客様のご負担となります。
<input type="checkbox"/> クレジットカード決済	

備考欄

株式会社やま忠

〒615-0056

京都市右京区西院西貝川町74番地1

TEL : 075-863-4141

FAX : 075-863-4140

EMAIL : info@yamachu-clinic.co.jp

HP : http://www.yamachu-clinic.co.jp

