

FAX見積依頼書

株式会社 やま忠 FAX番号

075-863-4140

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			

見積依頼内容

※記入例 ⇒	スーツ	3着	

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 13時迄 13時から15時迄 15時から17時迄 15時から17時迄

お支払いご希望方法

銀行振込 ※振込み手数料はお客様のご負担となります。

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

