

① お客様のお名前・ご住所をご記入ください。

(ご注文日 年 月 日)

お名前	フリガナ	●電話番号
	様	●FAX番号
ご住所	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>都道</div> <div>府県</div> </div> <div> <div>市区</div> <div>町郡</div> </div>	
	(●お住まいのマンション名・部屋番号をご記入ください)	

② ご注文者様とお届け先様が異なる場合のみ、ご記入ください。

お名前	フリガナ	●お届け先様：電話番号
		() -
ご住所	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	

③ 決済方法・配送のご希望をご記入ください。

決済方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 ※商品と引換にご決済いただけます。	<input type="checkbox"/> 後払い ※振込用紙を商品とは別に郵送。(コンビニ・銀行・郵便局決済可)	●決済手数料無料 ※選択がない場合は、代金引換でのお届けとなります。
配送希望	<div> <div>月</div> <div>日</div> </div> 着希望 ●ご注文より3日以上余裕を持ってご指定ください	<div> <div>時間指定なし</div> <div>14時 - 16時</div> <div>18時 - 20時</div> </div> <div> <div>午前中</div> <div>16時 - 18時</div> <div>19時 - 21時</div> </div> ※ご希望の時間帯を選択してください	

④ ご注文の商品をご記入ください。

	商 品 名	個 数	備 考 欄
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
■季節ごとに新商品のご紹介や営業日のお知らせなど、様々な情報をご提供致します。ダイレクトメールをお受け取りいただけますか？ <input type="checkbox"/> 受け取ります <input type="checkbox"/> 必要ありません		合計点数	点

ご注文いただき、誠にありがとうございます。ご注文内容に不足がない場合は、最短期日にて発送手配をさせていただきます。確認用の返信は致しませんのでご了承ください。

●シャノンオンラインショップお客様窓口：フリーコール：0120-82-1429：(通話料無料) ●

ご注文金額5,500円(税込)未満の場合は、別途送料(全国一律600円+消費税)がかかります。

送信方向

FAX専用番号：054-264-3395

株式会社シャノン化粧品
422-8615 静岡県静岡市駿河区国吉田2-5-10