

▲

[FAX] 0146-47-2029

熟成ワイン ご購入お申し込み用紙

お 名 前			
ご 住 所	〒 _____		
お電話番号		FAX 番号	
お届け先 [お届け先が ご住所と 異なる場合は ご記入ください]	お 名 前		
	ご 住 所	〒 _____	
	お電話番号		
ご購入商品	商品名と、ご購入本数をご記入ください		
ご希望配送日時	発送日はご入金後5営業日以降となります、ご希望日と時間帯(午前・午後・夕刻・夜)をご記入ください		
備 考 欄	6月～9月の発送については、冷蔵便で発送致します。別途(常温希望等)ご希望がございましたら、ご記入ください		