



FAX
送信方向

ハンズフリースピーカー FAX専用ご注文用紙

FAX:0595-65-0220

(24時間受付) プリントアウトしてご使用ください。



FAX
送信方向

●太枠内は必ずご記入ください。

ご注文日 (FAX送信日) (必須)	平成	年	月	日
--------------------	----	---	---	---

ご注文商品	ご注文数 (必須) ※1回のご注文につき 1~20個まで
ハンズフリースピーカー (単価:19,800円)	個

ご希望の ご返信方法 (必須)	ご注文の受付と確認のご連絡をいたします。 いずれかを選んで左の口にチェックをお付けください。()内にはFAX番号、メールアドレス等をご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> FAX	(FAX可能時間帯	: ~ :)
	<input type="checkbox"/> E-mai	(@)
	<input type="checkbox"/> その他	()

お申込者	
フリガナ	
お名前 (必須)	
電話番号 (必須)	- -
FAX番号	- -
郵便番号 (必須)	〒 -
ご住所 (必須)	都道府県 市区郡
	<町名>
	<丁目・番地>
	<ビル・マンション名等>

商品送付先		※送付先がお申込者様と異なる場合にご記入ください。
フリガナ		
お名前 (必須)		
電話番号 (必須)	- -	
FAX番号	- -	
郵便番号 (必須)	〒 -	
ご住所 (必須)	都道府県 市区郡	
	<町名>	
	<丁目・番地>	
	<ビル・マンション名等>	

※電話番号は、配達伝票に記入する用途に使わせていただきます。当社からのご連絡は、基本的に折り返しのFAXまたはメールにて行います。

お支払方法 (必須)	代金引換 ・ 銀行振込 ・ 郵便振込	※必ず、いずれかに○印をお付けください。
---------------	--------------------	----------------------

ご希望の配達日時	※ご指定が無い場合、順次発送いたします。				
お振込の場合:ご入金より3日以降のご希望日時 代引きの場合:ご注文確認のご連絡より3日以降のご希望日時					
月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 12~14時頃	<input type="checkbox"/> 14~17時頃
			<input type="checkbox"/> 17~19時頃	<input type="checkbox"/> 19~21時頃	<input type="checkbox"/> 指定なし

※ご希望の配達日時にそえない場合もございますので、あらかじめご了承ください。

備考(その他ご質問・ご希望等をご記入ください。)

アットハンズフリー
@HANDS-FREE

パール電子工業株式会社 (<http://www.at-hands-free.com/>)

本社: 〒518-0754 三重県名張市緑ヶ丘西263番地

お客様窓口: TEL. 072-889-2211 FAX. 0595-65-0220 E-mail. info@hands-free.info