

クッキー注文書

注文日		
年	月	日

ライオンズ福祉作業所 クッキー工房マミー宛

TEL 078-576-6625

〒652-0041 神戸市兵庫区湊川町10丁目24-15

FAX 078-576-6614

ご注文者お名前：		連絡先 () -	
お届け先ご住所： 〒			
希望納品日： 月 日		連絡メモ	
請求書のお届け先は		※納期までの時間が必要なためできるだけ早めにご注文ください ※注文時の数量は概数でご記入の上、確定次第ご連絡ください	
<input type="checkbox"/> 上記 納品先 (商品に同梱)			
<input type="checkbox"/> 別の住所に郵送			
<input type="checkbox"/> 現金受け渡し時 (要領収書)			

商品名	単価	数量	金額	のし		紙袋	備考 (シール等)		
				希望	名入・無地		有	LCシール	有
1				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
2				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
3				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
4				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
5				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
6				希望	名入・無地	有	LCシール	有	無
				不要	内・外	無	マミーシール	有	無
		消費税額				のし (名入の場合) <hr/>			
		送料							
		その他							
		ご請求額合計							