

<h1 style="text-align: center;">ご注文書</h1> <h2 style="text-align: center;">株式会社 福利厚生</h2> <p style="text-align: center;">〒105-0001 東京都港区西新橋2-3-9 宮下ビル6F tel. 03-3580-8713 fax. 03-3580-8718 1150@ipb.jp</p>		□注文者と同じ ・ □今回のみ下記	
		商品お届け先	お名前 <span style="float: right;">様</span>
			〒
			住所
	電話		
	送り主名	□(株)福利厚生 ・ □注文者	
	請求書送付先	□注文者 ・ □商品お届け先	

色の項目についてご記入ください。		注文書枚数	枚	請求書送付先	□注文者 ・ □商品お届け先
注文日	年 月 日	会員番号		配達希望 *	年 月 日 午前 ・ 午後
注文者	お名前	様 ①		*裏面(または別紙)の「個人情報の取扱いについて」をお読みになり、以下にチェックをお願いします。	
	生年月日	年 月 日	年齢 歳		
	〒			ご注文に関する 個人情報の取扱い	私は、裏面(または別紙)の「個人情報の取扱いについて」に同意して、注文します。  □同意します ・ □同意しません
	住所				
	電話				
メール アドレス			通信欄		

\*お届け日の指定は「秘水」のみ可能です(5営業日以降)。

商品名	パッケージ内容	単価	個数	合計金額	備考
「秘水」 2ℓ	2ℓ × 6本入り	福利厚生の 特別価格! 1,680 円	箱	円	
「秘水」 500ml	500ml × 24本入り	3,360 円	箱	円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		円		円	
		合計	商品	円	送料 円

\* 税込み金額をご記入ください。

\* 「秘水」は別発送となります。1回のお届けが2箱以上で送料無料となります。その際のお届けは、佐川急便にて2箱を1つに縛ってお届けします。

\* 送料は商品数、送り先によって変わります。事前にお知らせの上、弊社にて記入します。