

はっきりと明確な文字で記入いただきますようお願いいたします。

ミニチュアドレス FAX 注文書

日付 年 月 日

ティベアタイム御中 (FAX 番号 050-7100-2644)

お客様名

| ご希望商品 ※ご希望商品にチェックを入れてください |   |
|---------------------------|---|
| 花嫁のみ再現                    | <input type="checkbox"/> 花嫁のみ再現(¥31,500)<br><input type="checkbox"/> 新郎は既成の黒のフロックコート着用(ペア)(¥52,500) |
| 新郎・新婦とも再現                 | <input type="checkbox"/> お二人のお衣装を再現(ペア)(¥63,000)  |
| ケース                       | <input type="checkbox"/> ペア用ケース(¥8,295)   |
| ご注文者様情報                   |   |
| ご注文者様お名前                  |   |
| ご注文者様住所                   | 〒   |
| ご注文者様電話番号                 |   |
| メールアドレス                   |   |
| ホテル・式場住所                  | ※ホテル・式場へ直送する場合のみご記載ください   |
| ホテル・式場電話番号                | ※ホテル・式場へ直送する場合のみご記載ください   |
| ホテル・式場名                   | ※ホテル・式場へ直送する場合のみご記載ください   |
| ホテル・式場担当者名                | ※ホテル・式場へ直送する場合のみご記載ください   |
| ミニチュアドレス使用日               |   |
| お届け希望日                    |   |
| お届け時間帯                    | <input type="checkbox"/> 午前お届け希望 <input type="checkbox"/> 午後お届け希望 <input type="checkbox"/> 午後夕方希望   |
| お支払方法                     | <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替   |
| 男性(新郎様)お名前                |   |
| ふりがな                      |   |
| 女性(新婦様)お名前                |   |
| ふりがな                      |   |
| 備考                        |   |