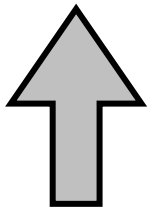


ご注文日	
月	日()送信

オーダーシート



お客様コード

FAX送信方向 ※ お持ちの方、ご記入お願い致します。

チーム名 お名前	<input type="text"/>
-------------	----------------------

ご担当者名	<input type="text"/>
-------	----------------------

※ チームオーダーの方はご記入お願い致します。

お届け先名	<input type="text"/>		
住所	〒	-	<input type="text"/>
電話	日中ご連絡が取れる番号でお願い致します。	FAX	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

☀ 1回のご注文合計額が30,000円以上のお客様の送料は弊社で負担致します。☀

No.	ラクロックス専用スティック (6色からお選びください)	付属スティックバッグ (2色からお選び下さい)	本数	金額
1	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
2	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
3	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
4	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
5	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
6	ブルー・ピンク・イエロー・グリーン・ オレンジ・ホワイトxシルバー	ブルーxブルー ブルーxピンク		
商品代金合計				

お届け指定日	有 ・ 無	「有」の場合 →	月	日()
--------	-------	----------	---	------

お支払方法	銀行振込	・	代金引換
-------	------	---	------

その他(連絡欄) : _____