



lacrosse

# オーダーシート

ご注文日
月 日 ( ) 送信

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

ご担当者名

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

住所 〒  -

電話  FAX

日中ご連絡が取れる番号でお願い致します。

☀ 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。 ☀  
 シャフトの長さや穴位置(端から mm)などのリクエストもお書き添え下さい。

	シャフトサイズ	カスタイズ	本数	カスタイズ内容 (・名前orチーム名・メッセージ他)	金額
1	ロング・ショート・ゴ-リー	有・無			
2	ロング・ショート・ゴ-リー	有・無			
3	ロング・ショート・ゴ-リー	有・無			
4	ロング・ショート・ゴ-リー	有・無			
<b>商品代金合計</b>					

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) :