

3 . 1 1 シンサイカルタ注文書

ご注文日 年 月 日

ご注文者様 ご住所	〒		
--------------	---	--	--

お名前	電話番号	
	FAX番号	

商品発送先 ご住所 <small>ご注文者さまと同一の場合 は不要</small>	〒		
---	---	--	--

お名前	電話番号	
	FAX番号	

お支払い方法	郵便局振込(選択不可)		
--------	-------------	--	--

その他ご要望がございましたらご記載ください

ご注文数			
3.11シンサイカルタ	個		
1 口2,500円			

その他問い合わせ先

[090-6455-7275](tel:090-6455-7275)

[karutaruka@gmail.com](mailto:karutaruka@gmail.com)