

FAX  
番号

0265-36-2425

ご注文日

年

月

日

ご注文者様	お名前	<input type="text"/>	ふりがな	<input type="text"/>	お支払い方法を選んでチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> お振込 <input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 郵便局払込 <input type="checkbox"/> コンビニ決済
	ご住所	( 〒      -      ) <input type="text"/>			
	電話番号	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	

お届け先 1	<input type="checkbox"/> 同上 ※ご注文者様とお届け先が同じ場合はチェックを入れてください。				
	お名前	<input type="text"/>	ふりがな	<input type="text"/>	熨斗 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	ご住所	( 〒      -      ) <input type="text"/>			お届け希望日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	電話番号	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~16時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~20時
	商品名	サイズ		kg	箱
	サイズ		kg	箱	
	サイズ		kg	箱	

お届け先 2	<input type="checkbox"/> 同上 ※ご注文者様とお届け先が同じ場合はチェックを入れてください。				
	お名前	<input type="text"/>	ふりがな	<input type="text"/>	熨斗 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	ご住所	( 〒      -      ) <input type="text"/>			お届け希望日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	電話番号	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~16時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~20時
	商品名	サイズ		kg	箱
	サイズ		kg	箱	
	サイズ		kg	箱	

備考欄 (ご希望やご要望がありましたらお書きください)



オマサファーム

〒399-3304長野県下伊那郡  
松川町大島1410-1お問合せ先  
電話番号

090-4524-2425

営業時間  
8:00-17:00  
(年末年始のみ休業)