

# F A X 注 文 用 紙

お 客 様 情 報						
氏名						
お届け先住所	〒 -					
電話番号			F A X			
メールアドレス						
お届け先氏名						
配達希望日	月		日	曜日		
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/>	午前	(9 : 00-12 : 00)	<input type="checkbox"/>	午後	(12 : 00-17 : 00)
	<input type="checkbox"/>	夕方	(17 : 00-19 : 00)	<input type="checkbox"/>	夜間	(19 : 00-21 : 00)
商品名			単価	数量	金額	
			合計金額		円	

アンケートにご協力ください。ご協力頂いた方の中から抽選で粗品プレゼント致します。

①ご来店きっかけ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> その他 ( )
②お気に入りの商品は？
③今後DM等をお送りしても宜しいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④お店の雰囲気は？ <input type="checkbox"/> とても良い <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> とても悪い
⑤商品の満足度は？ <input type="checkbox"/> とても満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> とても不満
その他ご意見がございましたらご記入願います。ありがとうございました。

F A X 送 信 先 0 1 9 - 6 4 7 - 2 7 5 7