

# 花の店 凜 りん

## 観葉植物用FAX申込送信票

本店 03-3795-1187

FAX: 東京医療センター店 03-3411-2287

受付日 月 日 ( )

お届け日	年 月 日 ( )	時間指定 ( : )	前後 まで

お届け先	お名前		
	〒 ご住所		
	TEL ( )		

ご希望内容	<input type="checkbox"/> ベンジャミン <input type="checkbox"/> 幸福の木 <input type="checkbox"/> アレカヤシ <input type="checkbox"/> モンステラ <input type="checkbox"/> サンセベリア <input type="checkbox"/> その他( )		
	ご予算(税・送料別) _____ 円		
	ご用途 _____ お礼等ご希望がありましたらご記入ください。		

ご依頼主	お名前 _____ 様		
	〒 ご住所		
	TEL ( )		

	ご担当者様	
	ご連絡先	

お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 三菱東京UFJ銀行 渋谷支店 普通預金 3721080 (有)凜
	<input type="checkbox"/> クレジットカード (お支払いは一括払いのみとさせていただきます。)

FAX到着後折り返しご連絡いたします。  
 ※お届け日の5日前までにご注文ください。(お急ぎの際は、店舗スタッフまでご連絡ください。)  
 ※宅急便でお手配の場合は、お箱代として別途¥1,050がかかります。  
 ご了承頂けます様、お願い致します。  
 何かございましたらお気軽にお問い合わせください。