



COOL FAX 番号：0969-33-7111

お申し込み用紙

お名前： _____

ご住所： _____

ご連絡先お電話番号： _____

FAX番号： _____

【注文商品】購入希望商品に○を付け、希望ケースまたは個数、kgを記入下さい。

購入商品に ○	商品名	数量/ケース・梱包売り	数量/ばら売り (保冷剤は10個単位)	常温・冷凍 お届け希望
	保冷剤 30g	ケース/450 個入	個	常・冷
	保冷剤 50g	ケース/280 個入	個	常・冷
	保冷剤 100g	ケース/140 個入	個	常・冷
	保冷剤 200g	ケース/70 個入	個	常・冷
	保冷剤 300g	ケース/46 個入	個	常・冷
	保冷剤 400g	ケース/35 個入	個	常・冷
	保冷剤 500g	ケース/25 個入	個	常・冷
	保冷剤 1000g	ケース/14 個入	個	常・冷
	ドライアイス		kg	
	保冷箱 TB-10KZ	梱包/20個	個	
	保冷箱 TB-30KZ	梱包/20個	個	
	保冷箱 TB-35KZ	梱包/10個	個	
	保冷箱 TB-40KZ	梱包/10個	個	

↓ご希望に○を付けて下さい。

【お届け方法】 配達・発送 発送希望日 月 日 時頃

注：配達はお届け先が旧本渡市内でドライアイス10kg以上、保冷剤3ケース以上注文の場合。

保冷剤の発送は100g未満50個以上、100g以上は10個以上より。

保冷箱の発送は5個より。

【お支払い方法】 代金引換・店頭引き取り・銀行振り込み

【お振込先】 paypay銀行 ハヤブサ支店（普通）5865392 ハマミキ

ご入金予定 月 日

ご注文ありがとうございます。