

住所・氏名の印字がない場合はご記入ください。

ご依頼主様

新	フリガナ 氏名
	ご住所 〒

△のはちみつ屋 冬のおうかがい 〈ご注文受付期間〉 2025 11/3 月 祝 ~ 12/30 火 日 **ご注文承り書**

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)		商品番号	個数	包装	ご用向きご指定	
おところ	住所 〒			☐ 包装する	のし紙指定 時間帯指定	☐ お歳暮 ☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年/冬) ☐ 名入れ()
				☐ 包装する		
				☐ 包装する		
お名前	フリガナ 氏名			☐ 包装する		☐ 午前中 ☐ 14~16時 ☐ 16~18時 ☐ 18~20時 ☐ 19~21時 ☐ 希望なし

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)		商品番号	個数	包装	ご用向きご指定	
おところ	住所 〒			☐ 包装する	のし紙指定 時間帯指定	☐ お歳暮 ☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年/冬) ☐ 名入れ()
				☐ 包装する		
				☐ 包装する		
お名前	フリガナ 氏名			☐ 包装する		☐ 午前中 ☐ 14~16時 ☐ 16~18時 ☐ 18~20時 ☐ 19~21時 ☐ 希望なし

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)		商品番号	個数	包装	ご用向きご指定	
おところ	住所 〒			☐ 包装する	のし紙指定 時間帯指定	☐ お歳暮 ☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年/冬) ☐ 名入れ()
				☐ 包装する		
				☐ 包装する		
お名前	フリガナ 氏名			☐ 包装する		☐ 午前中 ☐ 14~16時 ☐ 16~18時 ☐ 18~20時 ☐ 19~21時 ☐ 希望なし

お届け先(ご依頼主様とお届け先が同一の場合は、「本人」とご記入ください。)		商品番号	個数	包装	ご用向きご指定	
おところ	住所 〒			☐ 包装する	のし紙指定 時間帯指定	☐ お歳暮 ☐ お年賀 ☐ 御礼 ☐ 内祝 ☐ 内祝婚礼用 ☐ 無地のし ☐ 仏用() ☐ かけ紙(通年/冬) ☐ 名入れ()
				☐ 包装する		
				☐ 包装する		
お名前	フリガナ 氏名			☐ 包装する		☐ 午前中 ☐ 14~16時 ☐ 16~18時 ☐ 18~20時 ☐ 19~21時 ☐ 希望なし

通信欄 ☆指定日等のご連絡をご記入ください。

〈健康食品〉購入者限定プレゼント品記入欄

プレゼント商品名	数量
プロボリスエキス(11ml)	
プロボリス粒(50粒入)	
ローヤルゼリー粒J800(40粒入)	
ローヤルコラーゲンC(40粒入)	
プロマイGソフトカプセル40(30粒入)	
ポーレンパルメットS(40粒入)	

*健康食品【プロボリス・ローヤルゼリーとその加工品、サプリメント】をご購入で、合計10,800円ごとにいずれかをプレゼントいたします。購入金額に応じてご希望の数量をご記入ください。

ご注文
合計額

円

※代金引換ご希望の場合は ☐ 代金引換
チェックをしてください。

※お支払いは、郵便振替・コンビニ振込とさせていただきます。(ご注文2回目までは代金引換のみとなります。)

*健康食品プレゼント対象となるお買い上げ金額10,800円は、送料・クール料金・代引手数料を除きます。