商 品 ご 注 文 書

ご希望の商品名と個数のご記入をお願いします

番号	商品名	個数	番号	商品名	個数	番号	商品名	個数

ご注文は、**月・火曜日**にBOXの中へお願いします

商品は、その週の金曜日にお届けします！

お 客 様 名	電 話 番 号	ご 住 所
様	（　　）　　-	

MilkContact　中巨摩郡昭和町西条2080-7　☎055-215-2087

FAX：055-215-2087

FAXでの注文も承ります（木曜日・午前中まで）