

注文日： 年 月 日

リハビリ用

フラワーアレンジキット注文書

注文商品（ご希望のタイプに丸を付け、個数をご記入ください）

()	Aタイプ(¥1,500)	個	計	円
()	Bタイプ(¥2,500)	個	計	円

* 上記金額に消費税がかかります。

内訳

花器の有無	花器あり 個 花器なし 個
指導方法の講習希望	講習希望あり() 時間程度・花代込(個 6,000円 + 交通費) 講習希望なし()
納品日時	月 日 曜日 午前/午後 時 希望
納品場所	

お客様情報

担当者氏名

事業所名
(企業名)

住所 〒

TEL

FAX

E-mail

- * ご注文はご使用予定日の**5日前まで**にお願いいたします。
- * 納品日**3日前のキャンセルの場合キャンセル料100%**がかかります。
- * 納品日3日前の注文数量変更の場合は**ご相談ください**
- * **配送料が別途必要**になります。
- * お申込み後、**内容確認のメールまたはFAX**をお送りいたします。

植物ケアデザイナー協会
指定販売代理店 **アトリエPOSY**

〒260-0856 千葉県千葉市中央区亥鼻2-3-11
<http://www.posy.jp/>

FAX 043- 221-6854/ info@posy.jp