



Total Flower Coordinate

Lehua Flower Market



078-742-6509

ご注文日	
ご用途	<input type="checkbox"/> 誕生日 <input type="checkbox"/> 開店・開院祝い <input type="checkbox"/> お供え <input type="checkbox"/> その他 ( )
ご予算 (¥3,000 ~ )	¥ ※別途消費税、送料 (15,000円以上、神戸市西区、須磨区、垂水区は無料) が必要です
商品イメージ	<input type="checkbox"/> お任せ (推奨!! その日一番のお花のみをセレクトします) <input type="checkbox"/> 希望イメージあり (色合い・雰囲気などをご自由にお書き下さい)
メッセージカード名	※メッセージカード・名札をご希望の場合はお書きください
お届け日	年 月 日 ※本日より3日以上後の日付をご指定下さい
お届け時間帯	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~20時 <input type="checkbox"/> 20時~21時
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み ※商品のお渡しは決済確認が行えた時点となります。 ※ご注文送信後に消費税・送料・他手数料を計算し当店よりお客さまの希望連絡方法にてお知らせ致しますので金額をご確認の上お支払い下さい。
フォトメールサービス	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望する場合は送付先のE-mailアドレスをお書きください E-mailアドレス:

お申し込み者 (法人、ショップさま等の場合はご担当者名をフルネームご記入ください)

お名前	前
郵便番号	〒
ご住所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX

ご発送先 (お申し込み者と異なる場合のみご記入ください)

お名前	前
ふりがな	
郵便番号	〒
ご住所	
電話番号	
備考欄	