

ご住所	〒 _____		
お名前の ふりがな	(ひらがな)		
お名前	様		
お電話番号	(_____)	-	
FAX番号	(_____)	-	
メールアドレス	_____ @ _____		
お使いのコーヒー器具	ハンドドリップ その他(_____)	電気式コーヒーメーカー	サイフォン
お支払方法	郵便振替	代金引換	銀行振込み
到着希望日	なし /	月 日	曜日
	ご希望のお届け日がある場合はご記入下さい		
到着希望時間帯	なし 午前中	12時～14時	14時～16時
	16時～18時	18時～20時頃	20時～21時
カフェオールご案内メールを お送りしてもよろしいですか？ はい ・ 購読してます ・ いいえ			

コーヒー豆 (以下にご希望のコーヒー名をご記入下さい)	1袋の容量	数量	豆または挽き
1.	g	ヶ	豆 ・ 挽き
2.	g	ヶ	豆 ・ 挽き
3.	g	ヶ	豆 ・ 挽き
4.	g	ヶ	豆 ・ 挽き
5.	g	ヶ	豆 ・ 挽き

セット商品(以下にご希望のコーヒーセットご記入下さい)	数量	豆または挽き
1.	セット	豆 ・ 挽き
2.	セット	豆 ・ 挽き

コーヒー器具など	数量
コーヒー器具 ペーパーフィルターのみ発送はしていません	ヶ
	ヶ
コーヒーギフト	数量
豆または挽き	ヶ
豆 ・ 挽き	ヶ

ご連絡欄	
------	--

送付先が ご依頼主ご住所と違う場合のみ 下記にお書き下さい

ご住所	〒 _____		
ふりがな	(ひらがな)		
お名前	様		
お電話番号	(_____)	-	