

F A X 注 文 書

※太枠内にご記入をお願いします

ご注文日 年 月 日

貴社名			
担当部署名			
ご担当者氏名	印		
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

商品番号	枚数	備考

納入先住所が、上記以外の場合に記入してください

発送先会社名			
担当部署名			
ご担当者氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	
その他			

お支払方法（必ずご記入下さい）

初めのご注文の場合
<input type="checkbox"/> 銀行振り込み(入金確認後の発送)

2回目以降
<input type="checkbox"/> 銀行振り込み(入金確認後の発送)
<input type="checkbox"/> 未締め翌 20 日現金振込み



SEISHO 誠商トレビス
TRADING SERVICE

〒877-0076 大分県日田市亀川町 961-3

TEL 0973-28-5245 FAX 0973-28-5246