

ご注文FAX用紙

FAX:045-914-8017

発注日	年	月	日	ご担当者様名		印
-----	---	---	---	--------	--	---

貴社名			
部署名			
郵便番号			
ご住所			
電話番号	※部署毎にご契約の場合は 直通電話番号をご記入ください		
	—	—	—
FAX番号	—	—	—

お届け先 (上記ご住所と異なる場合のみご記入ください)

お届け先名			
ご住所			
電話番号	—	—	—

商品名	商品番号	数量	備考

備考欄

お支払い方法： 振込前払い / 代金引換
 ※ご希望のお支払い方法のへチェックマークを御願致します。

納品希望日をごございましたらご記入ください。
 (ご希望に添えない場合はご容赦ください)

プラスアート株式会社
 〒224-0001 神奈川県横浜市都筑区中川1-22-19
 Tel 045-914-8016

コピーしてご利用ください。

■ご注意事項■

ご返答は翌営業日以内となります。
 お急ぎの場合はお電話にてご連絡をお願い致します。
 (土、日、祝日除く)