

| | |
|---|---|
| 注文専用フォーム FAX 03-3594-2510 上記番号まで御返信下さいませ。 | 年 月 日 |
| | IPX 宛 営業時間 AM9:00~PM17:00 定休日 土、日、祝祭日 TEL 03-3594-2511 |

お客様情報

| | | | |
|---------|---|-------|-------------------------------|
| お名前・会社名 | フリガナ | | |
| | | | |
| ご連絡先 | TEL | | FAX |
| お届け先 | 〒 _____ | | |
| お支払方法 | <input type="checkbox"/> 銀行振込 | | <input type="checkbox"/> 商品代引 |
| 領収書 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | 宛名・但書 | |
| 時間指定 | <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"/> 19時~21時 | | |
| ご要望 | | | |

商品内容

| メーカー | 商品名・型番 | 単価 | 個数 | 金額(税込) |
|------|--------|----|----|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

太枠で囲まれた部分のみご記入ください

| | | |
|----------|-----|--|
| 【運送会社】 | 小計 | |
| 【送り状番号】 | 送料 | |
| | 手数料 | |
| 【お届け予定日】 | 合計 | |

入力欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてお使いください。 送付枚数 枚