FAX 注文用紙

コピーしてお使いください。

枚中	枚目

お客様情報

ご依頼日	20　年　月　日

ご注文者				お名前	※フルネームでご記入ください。
ご注文者住所	〒　–				
日中連絡先	TEL	–　–		FAX	–　–

↓ご注文者住所とお届け先住所が異なる場合、ご記入下さい↓

お届け先				お名前	※フルネームでご記入ください。
お届け先住所	〒　–				
日中連絡先	TEL	–　–		FAX	–　–

ご注文内容

送料についてはこちらからご連絡致します。

注文番号	商品名	サイズ	ケース出荷 [発注数量]	最小出荷 [発注数量]	単位
合　計					

商品のお届け

☐ 指定なし　☐ 指定あり▶　月　日　午前・午後　必着

関後藤容器

〒957-0054　新潟県新発田市本町 3 丁目 1-15

電話 (0254)24-1889(代表)

FAX (0254)24-2182

ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ 0120-04-1889

備考