

↑ ショップバルーンご注文シート

FAX 送信方向

■ ご注文者(ご請求先)

▼ お支払方法は必ずご選択ください。

貴社名		お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換(代引アイコン商品限定) <input type="checkbox"/> 銀行振込(先払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(先払い)
部課名		ご住所	〒□□□□-□□□□
ご担当者		都・道 府・県	
TEL			
FAX			

■ お届け先(配送先が上記のご住所と異なる場合にご記入下さい。)

会社名 ショップ名		ご住所	〒□□□□-□□□□
ご担当者		都・道 府・県	
TEL			

備考欄:	配送希望日	配送希望時間帯
		AM/PM (明記のみ)

	商品番号(商品コード)	商品名	数量
例	22313***	卓上ホルダー A4 ミツ折 C110 タイプ	100
1			
2			
3			
4			
5			

・FAXからのご注文は、クレジット決済・コンビニ支払及び請求書・納品書・領収書の発行に対応していません。
 ・他のご決済方法や帳票類をご希望のお客様は、オンラインショップからご注文ください。 ・FAX注文はキャンペーン対象外。

FAX 03-5629-1404

〒125-0061 東京都葛飾区亀有三丁目 11-7 コマツビル 3F

TEL 03-5629-1401

FAX 03-5629-1404

E-mail: info@assistlink.co.jp

運営：株式会社アシストリンク

