

/

 枚目

ナオス・テック(株) 宛 (FAX 022-797-4463)

申込日 年 月 日

お客様情報			
会社名・氏名	印 (ご担当者様名;)		
住所	〒 -		
電話番号		F A X	
メールアドレス			
お届け先氏名・現場名			
お届け先住所・担当者	〒 - <input type="checkbox"/> 上記と同じ場合は、チェック (<input checked="" type="checkbox"/>) してください。		
電話番号		F A X	
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(前払い) ※振込口座情報は、FAX受信後別途ご連絡差し上げます。		
配達希望日	月 日	曜 (申込日より2~3週間程度かかります)	
通信欄			

商品名	サイズ	色	単価	数量	金額
合計					

【メーカー使用欄】