



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 <input type="checkbox"/> 自動振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> セブン-イレブン <input type="checkbox"/> ローソン <input type="checkbox"/> ファミリーマート
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	019C-22313***	卓上ホルダー A4 ミツ折 C110 タイプ	100
1			
2			
3			
4			
5			

ショッピングカートからのご注文が大変便利です。 折返し、ご注文確認書を返信致します。

Free FAX 0120-69-1537

〒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

