

フィルター市場 FAX用オーダーシート

ご注文日 年 月 日 *の部分には、もれなく記入して下さい。

お客様 FAX番号

お電話番号

お電話番号を左詰めでハイフン（-）を抜いて市外局番よりご記入ください。

貴社名 お客様ご登録番号

ご住所 〒

※配送先が、ご登録住所と異なる場合にのみご記入ください。

配送先ご住所 〒

ご発注者名 メールアドレス
※ご注文受付、発送等のご連絡をメールでお届けします。

2枚以上のご注文は通し番号をご記入ください。
 枚目 枚中

記入例（枠内に黒のボールペンまたはサインペンで、はっきりとご記入ください）

商品番号	商品名	セット数	数量 <small>数量のみご記入ください。</small>	合計金額 <small>※合計金額をご記入ください。</small>
0 0 3 1 1	FIC-500	50 <small>m^①枚本</small>	1	
1		m 枚本		¥
2		m 枚本		¥
3		m 枚本		¥
4		m 枚本		¥
5		m 枚本		¥

※お買い求めの忘れはございませんか？ 記入枠が足りない場合は、当用紙をコピーして複数枚のオーダーシートに通し番号をつけてご注文ください。

備考

塗装設備に関する情報をお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ <✓どちらかにチェックを入れて下さい。>

お支払い方法の選択 銀行振込 代金引換 ✓どちらかにチェックを入れて下さい。

(※10万円以上のお買い物につきましては、銀行振込のみになります。)

※銀行振込をご希望の場合、ご注文後に合計金額、振込先等を記載したご案内を返信させて頂き、ご入金確認後に商品を発送させて頂きます。

お振込予定日 月 日 *
※銀行振込のお客様のみご記入ください

※代金引換をご希望の場合、ご注文後に合計金額を記載した受付のお知らせを返信させて頂いた後、商品を発送させて頂きます。商品代金は、佐川急便のドライバーにお渡し下さい。

(※受付のお知らせに記載された合計金額を必ずご確認ください。)

お届け指定日 月 日 *
※土曜・日曜・祝日のお届けをご希望の場合は、必ずお届け指定日をご記入ください。

※ご指定いただけるのは、ご注文日を含め20日以内です。

※未記入の場合は、所定日数でのお届けとなります。



FAX



フリーダイヤル

0120-960-499