

LAB AID FAXオーダーシート

ご注文はこのFAXオーダーシートにご記入ください。

ご依頼日 年 月 日

※午後1時以降のご注文は翌営業日の受付となります。

枚中 枚目

お客様情報

ご記入はボールペンではっきりとご記入下さい。新規のお客様は全てご記入ください。初回以降のお客様は太枠内をご記入下さい。

貴社名/貴店名	ご担当者様名		
お届け先電話番号	(<input type="text"/>)	—	
FAX番号	(<input type="text"/>)	—	
E-mailアドレス	<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
お届け先ご住所 いずれかに○印をおつけ下さい。 新規 住所変更	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

※住所変更等、ご登録内容に変更がございましたら必ず全てご記入し変更届けをお願いいたします。

ご注文内容

下記記入欄にご記入ください。ご注文の前に内容をお確かめのうえ、ご記入下さい。
必ずご購入される発注単位でご記入ください。商品番号はお間違えのないようご注意ください。

商品番号	商品名	発注単位	数量	訂正	単価	金額小計	限定品
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
合計							円

※上記価格には消費税及び送料は含まれておりません。ご注文確認書にてお知らせいたします。

お支払い方法に○印をつけてください。 代引き お振込み

配達指定日
※未記入の場合は通常のお届けとなります。

配達指定日 月 日

弊社記入欄



FAX  **01 20-288-514**