

ORDER FORM

FAX専用オーダーシート

会社名・店名：

発注日：____年____月____日

ご担当者名：

TEL：_____

ご住所：〒

FAX：_____

No.	商品名	数量	単価	小計
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

1梱包ごとに送料を別途頂戴いたします。各都道府県への送料は、本カタログのご案内ページをご確認ください。

【FAX番号：072-800-6573】

コピーしてご使用ください

NOTES：

株式会社 木村包装

〒574-0077 大阪府大東市三箇4-14-5

TEL：072-800-6572 FAX：072-800-6573

<https://kimurahoso.com>

営業時間 9:00～17:00 定休日 土・日・祝