

ご注文日 年 月 日

■お届け先（ご注文者様）

▼各項目太枠内をご記入の上、FAXでお送りください。※番号のお間違えのないようお願い致します。

所在地	〒	ふりがな ご氏名	
ふりがな 御社名		Eメール	@
電 話		F A X	

■ご注文の商品（お支払い合計金額まで、ご記入ください。）

品 目	単価	数量	小 計
FAX注文 事務手数料 ※必須項目です	200円	1式	200
代引きの場合	430円	1式	
ご注文金額 3,240円未満の場合の送料	700円	1式	
納品書など各書類 別住所配送の場合 別配送代	100円	1式	
5万円以上の領収書発行の場合 印紙代	200円	1式	
お 支 払 い 合 計 金 額			円

■お支払い方法（ご希望の方法にチェック印をつけてください。）

- 代引き（代引き手数料 430円が別途かかります。）
- 銀行振込（振込手数料はご負担ください。お振込み名義はお届け先様又は送り主様でお願いします。）
 上記「お支払い合計金額」をお振込みいただき、ご入金を確認でき次第発送いたします。
 ・振込先：ジャパンネット銀行 本店営業部 普通 4 6 8 6 3 3 1 抗菌美装(株)「コウキンビソウ カ」
 ・振込先：ゆうちょ銀行（他銀行→ゆうちょ）一一八店 店番 1 1 8 普通 0 8 6 8 3 6 3 コウキンビソウ カ
 （ゆうちょ→ゆうちょ）記号 1 1 1 7 0 普通 8 6 8 3 6 3 1 コウキンビソウ カ

■領収書が必要な場合

宛 名	但書	品代	・ 塩素剤	・ その他()
-----	----	----	-------	----------

通信欄：

【以下 弊社使用欄】

受付	在庫・発注	入金	入荷		発送
/	在庫：有・無 発注：	/	/	/	/

月 日 () 出荷いたしました。

【荷物追跡サービス】

佐川急便 <http://www.sagawa-exp.co.jp/>

ゆうパック <http://www.post.japanpost.jp/index.html>

【お荷物番号】

抗菌美装(株) 〒395-0156 長野県飯田市中村 6 - 3

☎ 0265-28-2000 FAX 0265-28-2011