

FAX 御注文書

ご注文日 年 月 日

◆ご注文内容

商品名 (型式)	数量	金額

◆お客様情報

会社名	
お名前	
ご住所	〒 -
電話番号/FAX	TEL:
E-mail	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込
注文ご確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail

◆配送先情報(御客様情報と異なる場合のみご記入ください)

会社名	
お名前	
ご住所	
電話番号	

◆その他

配達希望時間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時 <input type="checkbox"/> 19~21時
備考	



株式会社 CTC

神奈川県茅ヶ崎市南湖一丁目1番地2号

FAX 0467-37-8446

【FAX 送信先】 0467-37-8446