

FAXオーダーシート



岡田総合心理センター 行

06-6762-0040

●本シート(又はコピー)に必要事項ご記入の上、左記番号へファクシミリでご注文ください。

ご注文日 年 月 日

フリガナ			
ご住所	〒□□□-□□□□ 都道府県		
フリガナ 機関名 団体名			所属部署 役職
フリガナ ご担当者名	E-mail アドレス @		
TEL	-	-	FAX -

お届け先	※ お届け先が上記の住所と異なる場合は、以下にご記入ください。(同一の場合は、ご記入不要です。)		
フリガナ			
ご住所	〒□□□-□□□□ 都道府県		
フリガナ お名前			
TEL	-	-	FAX -

ご注文内容	※ 正確にご記入ください。		《※印のある箇所は必ずご記入ください。 ※ 1:検査名が同一である間、それ以降は「/」でご記入頂いて結構です。 ※ 2:用具、手引、用紙、図版などの品名をご記入ください。商品間違いが起これらぬよう、可能であれば、商品コード、適用範囲等もご記入ください。》			
No.	検査名(※1)	品名(※2)	数量(※)	単位	商品コード	備考/適用範囲など
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
要発行書類	<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> その他()		送料の計上	<input type="checkbox"/> 商品代に含めて <input type="checkbox"/> 「送料」と一行明記して <input type="checkbox"/> 別途請求		
支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 代引(代金引換送付) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 現金			
書類の宛名			書類の日付	<input type="checkbox"/> 空欄で <input type="checkbox"/> 指定無(発行日で) <input type="checkbox"/> 指定日(月 日付)		

〈通信欄〉

- ファクシミリのほか、電話・Eメールでのご注文も承っております。
- 商品流通や在庫の状況等により、納期のご希望に添えない場合がございます。
- 商品代金のほかに送料の実費をご負担いただきます。