

# FAX注文シート

マービテック株式会社 行  
TEL:0795-76-0463

FAX:0795-76-1915

ご注文日	
ご希望納品日	

お客様名	フリガナ					
部署名	フリガナ			ご担当者名	フリガナ	
電話番号				FAX番号		
メールアドレス						
ご住所	〒					

※製品の送り先が異なる場合は、「通信欄」にご記入下さい。

## [ ご発注明細 ]

品名	お薬手帳カバー	名入れ印刷		
	品番等	数量	単位	摘要
1				
2				
3				

通信欄	
.....	
.....	
.....	
.....	

※ご注文シート受信後、受注確認書をお送り致しますので内容等再度ご確認ください  
※製品発送後の取り消し・変更はお受け出来ませんので御容赦下さい。  
※製品の在庫状況等により御希望日に発送出来ない場合は御容赦下さい。

## 「お支払い方法」

◎納品・ご請求後、郵便振替・銀行振込にてお願い致します。(2週間以内に)  
※郵便振替をご希望の場合⇒手数料当社負担・用紙は納品書等に添付。  
※銀行振込をご希望の場合⇒御請求額が10万円未満は手数料お客様負担、10万円以上は手数料当社負担。  
◎御社規定の締日(ご請求)・支払い日をご希望の場合は、ご相談下さい。



FAX:0795-76-1915