

# 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			
	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⇒振込手数料当社負担・用紙は納品書等に添付致します。
- ※銀行振込をご希望の場合⇒振込手数料は、お客様負担にてお願い致します。
- ◎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