

年 月 日

# F A X 注 文 書

お 名 前				
ふりがな				
部 署 名				
担当者氏名				
住 所	〒			
電 話 番 号				
FAX 番 号				
E - m a i l				
支払い方法	<input type="checkbox"/> 前払い <input type="checkbox"/> 代引前払い <input type="checkbox"/> 代引カード決済			
注 文 内 容	メーカー名	カートリッジ型番 / プリンタ型番 (いずれか、わかる型番)	数量	商品単価
		合計金額		
備 考				