

チェスコムアドバンス株式会社 行

FAX 03(5354)2727

TEL 03(5354)2700

万引防止タグ チェイサー ご発注書

ご発注者様

20 年 月 日

社名もしくは店舗名

ご担当者様



住所 〒 -

発送日のご連絡をFAXにて致します。必ずご記入ください。

電話番号 () FAX ()

| | 商 品 名 | 数 量 | 単 価 | 価 格 |
|---|----------------|-----|------|-----|
| ① | チェイサー()タイプ | | | |
| ② | チェイサー()タイプ | | | |
| ③ | | | | |
| ④ | | | | |
| ⑤ | | | | |
| ⑥ | チェイサー()本体用シール | シート | | |
| ⑦ | チェイサー()用シール | シート | | |
| ⑧ | 送 料 | | | |
| | | | 小 計 | |
| | | | 消費税 | |
| | | | 合計金額 | |

ご発注者様と異なる箇所だけご記入ください

社名もしくは店舗名

商品送り先 住所 〒 -

発送日のご連絡をFAXにて致します。必ずご記入ください。

商品送り先 電話番号 () FAX ()

受け取りのご担当者様

ご請求先

ご発注者様と同じ場合 (月 日締め) (月 日銀行振込)

ご請求書送付先
〒 -

請求書宛名

請求書締め日・お振込み日 (月 日締め) (月 日銀行振込)

ご担当者様

電話番号 () FAX ()

お振込み時のお名前(カタカナ)