

# F A X 注 文 書

※太枠の中の必要事項をご記入ください。

郵便番号	-	納品希望日	年	月	日	発注日	年	月	日
住 所									
名 称									
電話番号		FAX番号				御担当者			
商品名		数量	額面	額面合計	購入率	購入価格			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
送料									
合計									

送付枚数			枚
------	--	--	---

備考)
-----

TEL 03-6280-4030  
 FAX 03-5244-9679  
 住所 東京都中央区八丁堀 4-10-2  
 八丁堀ビル501

株式会社 ポストサポート