

事務用品(既製品)注文書

627

※名入れのない商品のご注文にご利用ください。

■ご注文日 年 月 日 ■今回の注文書枚数 枚中 枚目 ■今回の注文金額合計 円

お客様No.		ご住所 〒	
お客様名（フリガナ）			
様			
ご担当者名（フリガナ）	☐ EF会員	TEL ()	—
様		FAX ()	—

■前回当社から事務用品をご注文の後に、事務所移転された場合、以前の住所と電話番号をお知らせください。

住所 TEL () -

■顧問先様・事務所所員の方もご注文いただけます。ご紹介元または勤務先をご記入の上、注文書のコピーをご利用ください。

ご紹介元／勤務先	税理士事務所様名	TEL ()	-
	様		

■注文欄

商品名	注文番号						数量	単価	金額
抗菌 マスクケース	N	N	2	2	1	0			

合計金額(税抜)

■ご利用の財務・税務ソフトのメーカーをご記入ください。今後のサプライ品のご案内の参考にさせていただきます。

JDL ICS MJS エプソン その他()

■商品のお届け先が上記と異なる場合は下記にご記入ください。請求書の発送先にレ印を付けてご指定ください。(ご指定の無い場合は1.になります)

- ☐ 1. 請求書は上記注文者(請求先)へ送付・商品は下記へ配送 ☐ 2. 商品・請求書共にお届け先へ配送 (ご請求書の名称は下記“お客様名”になります)
- ☐ 3. 請求書名は上記で商品・請求書共にお届け先へ配送

お客様名（フリガナ）	ご住所 〒
様	
TEL ()	FAX ()

▼お客様からの通信(連絡)記入欄

※ **送料** ご注文金額(消費税別)が2万円以上は無料、1万円～2万円未満は450円、1万円未満は580円。(沖縄は4万円以上は無料、4万円未満は3,000円。)
 ※消費税は別途がかかります。※お支払は、商品到着後7日以内に振込みをお願いします。

24時間受付
フリーダイヤル

FAX送信先 0120-540-554

(お問い合わせ電話番号：0233-22-4331)