Faxサプライ注文書

※初めてご注文の際、記入して下さい。 （2回目以降不要）

請求条件：■ 毎月　末〆にて請求書発行致します。

□ 新規　［ **お支払い日：（　　日）**　例)) 翌 末支払い など
その他：（　　） ］

年　　月　　日

会社名			
住　所	（ﾋﾞﾙ名）		
部署名		TEL番号 ：	
担当者		FAX番号 ：	
請求先	※納入先と異なる場合　（見積No. ）		

トナー/ドラム/インクカートリッジ		新品		ﾘｻｲｸﾙ（再生）
ﾒｰｶｰ	品名･型番又は機種名	純正	輸入純正 汎用(NB)	
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本
		本	本	本

コメント

※使用済みﾄﾅｰｶｰﾄﾘｯｼﾞの回収本数　：　　本

W20F

ご注文はFaxでどうぞ

Fax 0120-107-089

株式会社 アシスト関西

Tel 0120-107-056

※ わかる範囲でご記入をお願い致します。