



# FAX専用注文用紙

FAX (06) 6463-2269

年 月 日

貴社名	部・課	御担当	様
〒 -			
御住所			
TEL ( )		FAX ( )	

お届け先が、上記以外の場合はご記入下さい

貴社名	部・課	御担当	様
〒 -			
御住所			
TEL ( )		FAX ( )	

商 品 名	使用メーカー	商 品 タ イ プ ※	数 量	金 額
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
		スプレー・タッチアップ・フェルトペン・他		¥
合 計				¥

※ 商品タイプにつきましては、下記を参考にして頂いて、あてはまるものを○で囲んで下さい。

- スプレー = リベアスプレー 300ml    タッチアップ = タッチアップペイント 13ml
- フェルトペン = フェルトペン 13ml    他 = その他製品

メモ

※送料は、1個口につき一律¥500(一部地域を除く)を別途頂きますのでご了承下さい。