



株式会社 **リーベ**

FAX番号： **047-470-9179**

FAX送信 月 日 送

| | | | |
|--------------|--------------------|-----|-----|
| お名前 (会社名) | フリガナ ----- | | |
| ご住所 | フリガナ 〒 ----- | | |
| TEL | --- | FAX | --- |
| メールアドレス | | | |

※該当する項目に チェックを入れて下さい

| | | | | |
|-------|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 支払い方法 | <input type="checkbox"/> 銀行振込(前払) | <input type="checkbox"/> 郵便振替(前払) | <input type="checkbox"/> 代金引換 | ※商品により、お選び頂けない事がございます。 |
| | <input type="checkbox"/> コンビニ支払い(前払) ※下記よりご希望のコンビニを一つ選択し、○で囲んでください。 (セブンイレブン・ファミリーマート・ローソン・サークルK・サンクス) | | | |
| | <input type="checkbox"/> オリコ後払いサービス(後払) | | | |
| | | | | |

| | | |
|------|------------------------------|--------------------------------|
| 依頼区分 | <input type="checkbox"/> ご注文 | <input type="checkbox"/> お見積もり |
|------|------------------------------|--------------------------------|

| | | | | |
|-------------|---------|--|---------|----|
| 配送・引き取りご希望日 | 月 日 () | ※ご記入無い場合は最短での手配となります。 ※配送に不都合な日がある際は右にご記入下さい。 | 月 日 () | 不可 |
|-------------|---------|--|---------|----|

| | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| お届け先が上記ご住所と異なる場合ご記入下さい | ※お引き取りの場合は此方にチェックを入れて下さい。 | <input type="checkbox"/> お引き取り |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|

| | |
|------------|-----|
| お届け先ご住所：〒 | |
| お名前(ご担当者様) | TEL |

| No. | 商品番号 (例 WDCP-001) | 商品名 | 数量 |
|-----|----------------------|-----|----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

商品に関する質問・お問合せは

【津田沼営業本部】 〒274-0825 千葉県船橋市前原西2-17-12 DOGO津田沼ビル3F
TEL : 047-470-9501 FAX : 047-470-9179