

オーダー・まとめ買い見積依頼

SQUIL san+medy LIFEZA@K

お手数ですがコピーしてお使いください。

※お問合せは右記販売代理店へお願い致します。

健康をサポートするお近くの販売代理店

| | |
|------------|-------------|
| 発信日 | 送信枚数 |
| 月 日 | / 枚 |

いずれかに✓をご記入ください

オーダーします

見積依頼します

貴社名・団体名

所属部課名／ご担当者氏名

登録基本情報

ご住所

〒

電話番号 ※左詰でハイフン(－)を除き市外局番よりご記入ください

FAX番号 ※左詰でハイフン(－)を除き市外局番よりご記入ください

| 例 | 商品コード番号 | | | | | 数量(右詰) | | 特記事項 | お客様控 | | |
|----|---------|---|---|---|---|--------|---|------|------|--------------|-------------|
| | 0 | 1 | 2 | - | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 商品名・サイズ・カラー等 | ご自由にお使いください |
| 1 | | | | - | | | | | | | |
| 2 | | | | - | | | | | | | |
| 3 | | | | - | | | | | | | |
| 4 | | | | - | | | | | | | |
| 5 | | | | - | | | | | | | |
| 6 | | | | - | | | | | | | |
| 7 | | | | - | | | | | | | |
| 8 | | | | - | | | | | | | |
| 9 | | | | - | | | | | | | |
| 10 | | | | - | | | | | | | |

備考欄

