

ご注文日： 年 月 日

規格シェルパックご注文シート

FAX番号：03-3855-5657

こちらの用紙に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。
ご注文内容を確認させていただきますら、弊社担当より折り返しご連絡を差し上げます。

貴社名			
ふりがな			FAX番号
お名前			
電話番号			Eメール
ご住所	〒 -		
ご注文内容	【品番】 C L 3294-2 【製品開口部寸法】 幅32mm×長さ94mm×厚み17mm 【入り数】 2,700個/箱 【ご注文数量】 箱		
自由記入欄	(ご不明な点やご要望などがございましたら、お気軽にご記入ください)		

ご希望の ご連絡方法	(ご希望の連絡方法を○で囲んでください)			
	FAX	・	お電話	・