FAXをお送りいただく際には、この用紙をコピーしてお使いください。

FAX
FAX送信方向

# ソリマチ専用帳票注文書

**ソリマチ株式会社サプライセンター　行**

**FAX:0258-31-0185**

| | |
|---|---|
| 送信枚数 | 枚／　枚中 |
| お申し込み日 | 平成　年　月　日 |

| | |
|---|---|
| お客様コード | ※左詰でご記入ください。 |
| これまでにソリマチ専用帳票を注文したことが | □ある　□ない |
| シリアルNo. | ※シリアルNo.が10桁の場合は左詰でご記入ください。 |
| バリューサポートに | □加入している　□加入していない |
| ご住所 | フリガナ<br>〒　都道府県 |
| 会社名 | フリガナ |
| 部署名 | ご担当者　印 |
| TEL　-　- | FAX　-　-　E-mail |

## 下記のとおり注文します

※お手数ですがすべての欄にご記入ください。

| 品番 | 品名 | 数量(箱) | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| SR | | | | |
| | | | 合計 | |

備考欄

※バリューサポートにご加入の方も定価でご記入ください。請求の際に10%OFFにて請求書を発行させていただきます。
（バリューサポート加入製品対応の帳票に限ります。）

**お問い合わせ先：ソリマチ株式会社サプライセンター**

**TEL：0258-36-5045**

［受付時間］9:00～17:00　※土・日・祝日および弊社指定日を除く

**FAX：0258-31-0185**