

様

(株) 明光商会  
TEL 03-6858-1611  
FAX 03-6858-3148

迄

いつもお世話になっております。  
お電話にてご案内申し上げました注文書をFAXさせていただきます。  
必要事項をご記入の上ご返信いただきますようお願い申し上げます。

FAX番号 03-6858-3148

## 注文書

下記の通り注文致します。		お支払い条件： 日締め 日払い
希望納入日 年 月 日		お支払い予定日： 年 月 日
御社名		お支払い方法：
お届け先住所		お振込銀行名：
お電話番号		振込口座名義人：
部署名・ご担当者		社印ご捺印ください（ゴム印）
		ご依頼人 ご注文頂いた方のお名前 <span style="float: right;">⑩</span>

パウチフィルムサイズ・用途	用途	品番	標準小売価格(税抜)	ご注文数
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱
		MP -		箱

※お分かりになれば品番をご記入ください

- ・ご希望のパウチフィルムのサイズ、または用途（名刺用、カード用等）をご記入ください。
- ・お分かりになる場合は、品番をご記入ください。
- ・お分かりになる場合は、金額をご記入ください。
- ・ご注文数を箱単位でご記入ください。

ご注文有難うございました。