

冷感マスク 発注書

大日三協 株式会社 御中

会社名(お名前):	
ご住所: 〒	—
電話番号:	
部署名:	担当者名:

(印)

以下の通り冷感マスクを発注します

枚数	単価	合計金額(税抜)	備考
	@1,590円		

- ※最低ロットは50枚です。
- ※一回のご注文上限枚数は200枚となります。
- ※梱包:個別OPP袋入(無料)
- ※送料:価格込

データ入稿予定: 年 月 日 入金予定: 年 月 日

※該当サイズに○をつけてください。 ※該当色に○をつけてください。

マスクサイズ: S ・ M ・ L 裏地色: ライトブルー ・ クリーム ・ ホワイト

※以下発注者情報と異なる場合のみご記入ください。

お届け先ご住所: 〒 —

お届け先名:

お届け先電話番号:() —

※送り主を変更する場合は、送り主名・住所・電話番号を下記へご記入ください。

--

※発注書確認後、弊社担当者よりご連絡いたします。1営業日以内に連絡がない場合は、大変お手数おかけいたしますが、TEL054-263-2435(大日三協)までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

※大変お手数おかけしますが、必ず押印いただきますようお願いいたします。
TEL:054-263-2435