

お客様登録票

- 新規
 変更

記入日

年 月 日

お客様コード

--	--	--	--	--	--

貴社名	フリガナ			区分	<input type="checkbox"/> 官庁 <input checked="" type="checkbox"/> 民間
ご住所				郵便番号	—
T E L	—	—	ご担当者名		
F A X	—	—			
お支払サレ	日締め	—	日払い	請求書着日	日までに到着希望
お支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 小切手 <input type="checkbox"/> 手形 (日) <input type="checkbox"/> 集金 <input type="checkbox"/> その他				
備考					

※赤文字の部分は、必須項目です。
 ※青文字の部分は、弊社使用欄です。

確認	入力	担当営業	受付

下記番号へFAXをお願いします。

FAX番号:045-783-8883