

会社名 _____

注文日 _____

お名前(ご担当者名) _____

〒

住所 _____

TEL _____

FAX _____

E-Mail _____

受注確認方法・・・> 下記より選択して下さい。

TEL(ご希望時間帯: _____)FAXE-Mail

希望支払い方法・・・> 下記より選択して下さい。

銀行振込(前払い)運送便代金引換店頭受取

例

品番	品名	カラー	価格	数量	備考
CW-S	カラー無地腕章	05赤	1995	1	

■注文書受領後、TEL/FAX/E-Mailにて注文内容のご確認をさせていただきます。

■発送日:ご入金の確認後に発送となります。

ご注文はFAX 03-3863-2319へ

株式会社トマック

〒111-0051 東京都台東区蔵前4丁目7番1号

(TEL)03-3862-7351 (FAX)03-3863-2319