

お客様情報

法人名			
施設名			
住所	〒 -		
電話番号		F A X	
ご担当者名	課		
代金お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換		
配達希望日	月 日 曜		
配達希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 (8:00-12:00) <input type="checkbox"/> 午後 (14:00-16:00)		
	<input type="checkbox"/> 夕方 (16:00-18:00) <input type="checkbox"/> 夜間 (19:00-21:00)		
配達時間帯補足	在庫の関係でメーカー直送便利用の際は【午前】又は【午後】の指定となります。その際は事前にご連絡させていただきます。		
通信欄			

商品名	容量	商品コード	単価	数量	金額
合計					

¥ 11,000以上お買い上げで送料無料 (離島含む)

※ 合計金額は必ずご記入下さい

※ ¥ 11,000以下での送料負担額は

ホームページ内ガイド欄に記載いたしております

(有) 三光

TEL 0957-25-3160

FAX 0957-25-3116