

F A X 注文書

チカミルテック(株)行

FAX 03-5418-4134

ご注文日	年	月	日
------	---	---	---

○お客様情報 (*印の部分は、必ずご記入ください)

* 貴社名			
* お名前	フリガナ	ご部署名	
* ご住所	〒 - フリガナ 都道 市区 府県 郡		
* TEL		* FAX	
e-mail			
* 連絡方法 ※1	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> FAX	* お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換
宅配便お届けのご希望日時	日付: 年 月 日 時間帯: <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12~14時 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時 <input type="checkbox"/> 20~21時		

※1: ご注文内容等の確認に使用します。

○商品のお届け先 (お届け先が上記住所と異なる場合はご記入ください)

会社名、ご部署名			
お名前	フリガナ	TEL	
ご住所	〒 - フリガナ 都道 市区 府県 郡		

○ご注文内容

製品名	品番	数量
①		
②		
③		

○通信欄 (ご注文にあたり、ご不明点・ご意見等ございましたらご記入ください)

○返信欄

太線の枠内には記載しないでください。

製品①	×	箱	¥
②	×	箱	¥
③	×	箱	¥
送料			¥
代引き手数料			¥
合計金額			¥

*上記は、税込み価格です。
*お振込先 (銀行振り込みをご選択の場合)
百十四銀行 高知支店 当座1723 チカミルテック(株)

○アンケート (ご協力をお願いいたします)

①弊社の製品を知ったきっかけを教えてください。
 すでに使っていた 使用された方のご紹介 機器メーカーの紹介
 インターネット その他 ()

②お分りの範囲で、清掃する機器の用途(機種)を教えてください。
 ポイントカード機 レジ ATM
 モバイル決済端末 ETC車載器
 その他 ()

注) ご注文から2営業日以内(土日・祝日・弊社休業日を除く)に、弊社よりご注文内容確認のご連絡をいたします。
2営業日以内に返信の無い場合は、お手数をおかけしますが以下の連絡先までお問い合わせください。

チカミルテック(株) クリーニングカード担当宛
 TEL : (03)5418-4133 FAX : (03)5418-4134
 e-mail : bicleca@c-miltec.co.jp