

お客様カード(お取引確認書)

フリガナ			社判
会社名(個人の方は氏名)			印
フリガナ			
住所	〒		
TEL&FAX	TEL	FAX	
E-Mail	@		
URL	http://		
設立年月日(西暦)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 法人	<input type="checkbox"/> 個人
業種		従業員数	名
支払条件・方法	毎月	日締め	日払 (請求書必着 日)
※お客様の支払条件を優先しますが、ご請求後最長60日以内にてお振込みをお願いしております			
フリガナ			
代表者氏名	印		
フリガナ			
経理担当者名			
専用請求書の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	

ご記入日	年 月 日
ご記入者氏名	

※弊社記入欄	
コード	
担当者	
受付日付	

FAX 022-265-5377