Office Clip order sheet …FAX用…

※１回のご注文金額が、2,625円（税込）未満の場合は送料525円（税込）をご負担いただきます。

ご注文日　　月　　日

貴社名		お客様ＮＯ.	
部署名		ご担当者	
ご住所	〒		
電話番号		ＦＡＸ番号	
就業時間	am　：　～　pm　：	定休日	曜日

■お申込番号ほか、品名・サイズ・カラーなどできるだけ詳しくご記入ください。

申込番号	品名	サイズ・カラー	数量/単位	単価	価格

●商品、又は配送便についてのご意見・ご要望

□ カタログ送付希望　　部

□スタンプ台紙送付希望　　部

◆オフィスクリップ◆　ＴＥＬ ０１２０−２２６−０３９　ＦＡＸ ０１２０−２３６−０３９