

デーリマン社行
 FAX 011-271-5515
 TEL 0120-369-037

受注 No.

F A X 注 文 書

年 月 日

発送先	住所	〒 都道府県				TEL	当社処理欄
						携帯	
						FAX	
					注文者	JA 担当 本人	
	氏名						
品名	コード	色・サイズ	数量	単価	金額		
備考				送料			
				消費税			
				合計			
請求先	住所	〒				代金支払方法（いずれか○をつけてください） 1. 組勘・乳代控除（組合名 支所） 2. 代引（代金と引き換えに商品を引き渡します） 3. 振込	
	氏名	(農協名)					
	TEL						