

ステリパワー購入申込書	
申 込 日	年 月 日
企業名/氏名	
住 所	
電 話 番 号	
担 当 者 名	
e - m a i l	
購 入 数 量	400ppm () 箱 ・ 200ppm () 箱
金 額	13,200 円(税込)/濃度 400ppm/10ℓ + 送料着払い 13,200 円(税込)/濃度 200ppm/20ℓ + 送料着払い
送 付	<input type="checkbox"/> 希望する (送料着払い) 上記記載住所と異なる場合は、下記へ記入ください。
	<input type="checkbox"/> 送付先名および担当者名
	送付先住所
	電話番号
	<input type="checkbox"/> 希望しない → 弊社引取希望

※見積書ご用命の場合、お知らせください。

請求書の宛先に指定がある場合、お知らせください。

弊社記入欄	
受 付 日	
担 当 者	
管 理 番 号	

昭和商事株式会社

〒500-8703 岐阜市香蘭 1-1

営業時間：8：30～17：30（土日祝除く）

T E L：058-255-3345

F A X：058-252-3172

担 当 者：横井