FAX見積用紙

お問合せ TEL：03-6715-5945 (平日 10:00 ～ 17:00)　受注センター FAX：03-3757-5999

ご依頼主	ふりがな お名前		郵便番号	〒　　-
	住所			
	電話番号		FAX番号	
	e-mail			

お届け先	ふりがな お名前		郵便番号	〒　　-
	住所			
	電話番号		ご依頼主とお届け先が同じ場合は記入不要です	

ご注文内容確認のご連絡先	☐電話 上記記載以外の連絡先への希望 (　　) ☐FAX ☐e-mail

お届け希望日　※希望がある場合のみ記入して下さい。

☐ 午前中　☐ 12 時～ 14 時　☐14 時～ 16 時　☐16 時～ 18 時　☐18 時～ 20 時　☐20 時～ 21 時

お支払い方法

☐ 銀行振込　　☐ 代金引換

車種		**型式**	
年式			

ご注文内容

■商品名･商品番号　(※補足･ご希望なども合わせてご連絡下さい)