

## FAX注文申込書

社名・団体名			
ふりがな			
ご担当者 氏 名			
住 所	〒 -		
連絡先・TEL		E-mail	

## 商 品 一 覧

商 品 名	単 価	数 量	金 額
冷感マスク(普通サイズ) <b>2枚1組</b>	1,600円	組	円
冷感マスク(Sサイズ) <b>2枚1組</b>	1,600円	組	円
名入れ (ロゴマーク等データをご支給ください) <b>2枚1組</b>	300円	組	円
<b>送 料</b>		小 計	円
1袋4組入 180円~となります (詳しくはお問い合わせください)		送 料	円
		消 費 税	円
		総 計	円

FAX送信先 095-826-2201

E-mail送信先 info@in-tex.co.jp

■お振込先 十八銀行 北支店 当座 8048  
□座名義 (株)インテックス

(請求書・領収証の発行はございません。  
銀行振込明細書を領収証代わりとさせていただきます。  
お振込み手数料は、発注者様ご負担となります。)