

# (株)大仙専用オーダーシート

2枚以上ご注文は通し番号を  
ご記入下さい。

送信先：株式会社 大仙 新城物流センター

枚目/ 枚中

ご注文日：	年	月	日
お届け指定日：	年	月	日
お届け先：	お届け先名		
	住所：		
	TEL：		

貴社名（店舗名）	
ご注文者名：	
住所：	
TEL：	FAX：

記入の際は、黒ボールペンまたはサインペンで、はっきりとご記入下さい。

共通JAN：4904690

※必須 品名	※必須 サイズ	※必須 カラー	仕様	品番	※必須 JANコード	※必須 数量	備考
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
6				-			
7				-			
8				-			
9				-			
10				-			

備考

ご注文前にJANコード・数量にお間違いがないかもう一度ご確認下さい。

# FAX：(0536) 24-2033

※番号はおかけ間違えのないようご注意下さい。