



SOLID CABLE
ソリッド株式会社行

FAX 06-6222-1282

ソリッドケーブルオーダーシート

※当日出荷のご注文受付時刻は、**14:00**までとなります。それ以降のご注文は翌営業日の処理となります。

※ご注文は合計金額 5,000 円 (税抜) 以上から承ります。

※送料はご注文金額が 10,000 円 (税抜) 未満の場合、**送料 500 円 (税抜)** をご負担いただきます。

※**メーカー直送品等、一部商品は現金代引きをご利用いただけません。**

| | | |
|------|---|---|
| ご注文日 | | |
| 年 | 月 | 日 |

| 品番 | 数量(【注文単位】でご注文下さい) | 備考 |
|----|-------------------|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

| | | | | | |
|-----------------|--|---|---|------------|-----|
| ご請求先 | 貴社名 | | | | |
| | ご担当者様名 | 様 | | | |
| | 電話番号 | | | FAX 番号 | |
| | 請求先ご住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 市・郡 |
| | | | | | |
| お支払方法(○で囲って下さい) | 法人のお客様のみ：締払い 法人・個人のお客様共通：先払い・現金代引き(手数料 324 円) | | | | |

| | | | | | |
|----------------|--|---|---|---|-------------------------------|
| 商品お届け先 | <input type="checkbox"/> ←ご請求先と納品先が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい | | | | ※上記以外のご住所に納品希望の場合は、以下にご記入下さい。 |
| | 納品先名 | | | | |
| | ご担当者様名 | 様 | | | |
| | 商品送り先ご住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 市・郡 |
| | | | | | |
| | 納品先電話番号 | | | | |
| お届け希望日 | 最短 | 月 | 日 | (ご希望の日付があればご記入ください。特になければ“最短”を○で囲ってください。) | |
| 時間指定(○で囲って下さい) | ①指定なし ②午前中 ③14～16時 ④16～18時 ⑤18～21時 | | | | |

※日時指定は、ご注文をいただいたときの状況によりご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

| | |
|-------------|--|
| その他 連絡事項 | |
|-------------|--|

単価及び請求金額は、弊社にて FAX 確認後「ご注文内容確認書」を返信致します。
必ずご確認の上、ご不明な点などございましたらお手数ですが早々のご連絡お願い致します。

☎ 0120-98-3400 (平日 9:00 ~ 18:00)