

発 注 書

年 月 日

*貴社名 : _____
*御担当者名 : _____
*御住所 : 〒 _____
*TEL : _____
*FAX : _____
*メールアドレス : _____
*お支払い方法 : 振込
お支払い日 : 未締め・()日締め / ()日払い

品番	品名	色	サイズ	数量	計

<ご連絡事項等>

<納品希望日>

丸田シャツ株式会社
あんしん介護事業部
〒664-0891
兵庫県伊丹市北園3-34
TEL/ 072-769-8818
FAX/ 072-782-1140