

注文書No. No.

記入例

お申込日 (要記入) 令和 年 月 日

ご依頼主様 (お届け先)	おところ	〒 _____				
	お名前	_____ 様				
	TEL	(_____)		FAX		
お支払方法	①	銀行振込	2	郵便局振込用紙	※ご希望ご記入	

6袋をご注文される場合
1梱包が2袋までなので、

6(袋)÷2=3(梱包)

3梱包分の送料が掛かります。

※振込手数料はお客様ご負担にてお願いいたします。
※宅配便の代金引換えには対応しておりません。

商品名	単価	数量	金額
補充用バイオクリーン剤 (1袋/60L 定価5,500円)	3,300 円 ×	6 袋 =	19,800 円
送料 (1梱包/1~2袋まで)	1,980 円 ×	3 梱包 =	5,940 円
御注文金額合計			25,740 円

希望納品日	年 _____ 月 _____ 日 (_____) 曜日					
希望配達時間帯	午前中	14時-16時	16時-18時	18時-20時	19時-21時	

※配送はクロネコヤマト宅急便を予定しております。配達時間指定をご希望の場合は上記希望時間帯に○を付けて下さい。
※出来る限り御希望納品日時間帯に納品致しますが、状況によりご希望に添えない場合がございます。
※上記送料はクロネコヤマトの地域分類「関東」圏のみとなり、他の地域は別途見積りとさせていただきます。

※上欄の太枠内に必要事項をご記入ください。

弊社確認欄						
納品日	年 _____ 月 _____ 日 (_____) 曜日					
配達時間帯	午前中	14時-16時	16時-18時	18時-20時	19時-21時	
発注数量・金額確認欄						
商品名	単価	数量	金額			
補充用バイオクリーン剤 (1袋/60L 定価5,500円)	3,300 円 ×	袋 =	円			
送料 (1梱包/1~2袋まで)	1,980 円 ×	梱包 =	円			
御注文金額合計			円			
弊社担当者	(印)					

敷地内処理装置「バイオクリーンシステム」販売・施工・管理
〒321-0971 栃木県宇都宮市海道町 851-3 (TEL番号 028-660-8022)
株式会社 バイオクリーン

FAX : 028-660-8033