

※必須

お客様コード

ご注文日	月	日
注文シート枚数	枚目/	枚中

貴社名	フリガナ	ご担当者名	フリガナ
貴社住所	〒		
電話番号	FAX番号		

ご登録住所以外にお届けを希望される場合、 印をつけて下記にご記入下さい。記入のない場合は、ご登録住所へのお届けになります。

納入先住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
納入先会社名		納入先担当者名	
納入先電話番号		送り状	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

記入例>> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

商品コード	数量	単位	型式/お客様使用欄(注番等)	希望納期
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

★OCR注文シートのご記入について  
このシートはOCR機で自動読み取りを行います。正しく認識されるよう  
とくに手書きの際は、黒のボールペンをご使用の上、マスからはみ出し  
たり枠線に接触しないよう、はっきりとした文字でご記入下さい。

フローバル使用欄

送信前に再度、ご注文内容をご確認下さい！



す ぎ い バ ル ブ  
FAX : 0120-451-802

フローバル株式会社