

※こちらの注文用紙にご記入の場合、
受領書の返却は必要ありません。

山陰サニット 有限会社

〒690-0023 鳥根県松江市竹矢町1306-10

TEL (0852) 37-2552 FAX (0852) 37-2553

商品注文書/劇物譲受書

いつも山陰サニット有限会社をご利用いただき、ありがとうございます。

【お届け先】の必須事項（※印）と【お申込み商品】の注文数をご記入の上、
下記のFAX番号まで送信をお願いいたします。（明細書をFAXで返信いたします。）
劇物扱い商品をご注文の際は押印とご職業、年齢のご記入は必須です。

【お届け先】					
※商品お申込み日	令和	年	月	日	お客様番号
会社名	御中			※お客様氏名	様 印
※ご住所	〒	-			
※電話番号				※FAX番号	
※お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金先払い <input type="checkbox"/> 商品代引き		※商品ご使用の有無	<input type="checkbox"/> 使用あり <input type="checkbox"/> 使用なし	
カタログ添付の件	<input type="checkbox"/> 必要（各 枚） <input type="checkbox"/> 不必要		指定日時	月	日 / 午前・午後（ 時頃）
※劇物扱い商品ご注文時必須					
ご職業				年齢	歳

代金先払いのお客様は下記の振込先へのお振込みをお願いいたします。

※お振込み手数料のご負担をお願いいたします。

【振込先】 山陰合同銀行津田支店 普通NO.2151921 山陰サニット（有） 宛

【送料・代引き手数料】

※弊社ホームページ内
よりご確認をお願い
いたします。

【お申込み商品】

ピーピースルー/温水用・劇物 本

ピーピースルーK/冷水用・劇物 本

デオライトSP・劇物 本

サニットクール（1袋/2個入り） 袋

<input type="checkbox"/> ピーピースカット	本	<input type="checkbox"/> デオライト（500ml）・劇物	本	<input type="checkbox"/> デオライトL	本
<input type="checkbox"/> サニットクールMe	個	<input type="checkbox"/> サニットクール詰め替え用	個	<input type="checkbox"/> デオライトC	本
<input type="checkbox"/> グリスノン・劇物	缶	<input type="checkbox"/> トイレクリーナー	本	<input type="checkbox"/> スカラストD・劇物	缶
<input type="checkbox"/> サニットグリルG	缶	<input type="checkbox"/> サニットクリーナー	缶	<input type="checkbox"/> ハイスカット	缶
<input type="checkbox"/> ネオポリLQ	缶	<input type="checkbox"/> レジトルモンW	個	<input type="checkbox"/> トラップシールド	本

【FAX番号】 0852-37-2553