

取引開始書 CUSTOMER'S CARD

年 月 日

フリガナ 社名又は店名				代表者印	印
フリガナ 代表者名			生年月日	T S	、
フリガナ ご担当者			部署		
			役職		
住所	〒				
URL		E-Mail			
	Tel	Fax			
	携帯				

会社概要	業種		取引銀行	銀行	支店	
	設立年月日			銀行	支店	
	社員数		お支払い条件	締め日	<input type="checkbox"/> 20日 <input type="checkbox"/> 31日 <small>未記入の場合20日となります</small>	
	資本金			支払い日	<input type="checkbox"/> 20日 <input type="checkbox"/> 31日 <small>未記入の場合20日となります</small>	
				方法	<input type="checkbox"/> 振込み <input type="checkbox"/> その他	
	納品書送付先	<input type="checkbox"/> 商品に添付 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	請求書送付先	<input type="checkbox"/> 本社一括 <input type="checkbox"/> 各支店 <input type="checkbox"/> その他 ()				
売掛金確認 問合せ先	様 Tel					

商品配送先 上記と同じ場合は 記入不要です	社名			
	住所			
	Tel	Fax		
	担当者	※配送先が複数の場合コピーしてお使い下さい		

備考

※ご登録の情報は弊社からの商品配送ならびにカタログ等案内状の発送に使用いたします。
他の目的には使用いたしません。又、個人情報の取扱いには万全を期し、安全かつ正確な利用に努めます。

店コード		<input type="checkbox"/> 社長 <input type="checkbox"/> 専務 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
地区コード		
部署コード		
担当		

FAX : 0742-26-0008

株式会社シマツ