

継続取引申込書(実店舗・動物病院用)

FAX番号 048-969-4159

別紙の取引条件に同意し、バイオチャレンジ販売の申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

フリガナ					
会社名					
フリガナ					
住所	〒				
代表者			担当者		
TEL			FAX		
ホームページ			Eメール		
設立	年	月	日	資本金	万円
年間売上	百万円		店舗数	従業員数	人
取引銀行	銀行		支店	口座名	
業種					
定休日			営業時間		
お支払方法	代金引換		銀行振込(前払い)		

■ 商品配送先(上記と異なる場合)

■ 請求書送付先(上記と異なる場合)

フリガナ			フリガナ		
会社名			会社名		
フリガナ			フリガナ		
住所	〒		住所	〒	
担当者			担当者		
TEL			TEL		
FAX			FAX		



TEL 048-972-5170
FAX 048-969-4159

備考