

# 新規取引申込書(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	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 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