

年 月 日

株式会社関口心理テストセンター 行

FAX 03-5797-9500

TEL 03-5797-9820

《見積申込書》

| 商品名 | 出版社名 | 数量 | |
|-------------------------|--------|---------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 見積書の宛名 | | | |
| 弊社代表者名・印鑑 (○で囲んで下さい) | 要 ・ 不要 | | |
| 日付(○で囲んで下さい) | 見積書作成日 | お客様ご指定日 | 年 月 日 不要 |
| お届け方法 (○で囲んで下さい) | FAXのみ | 郵送のみ | FAX・郵送とも |
| その他ご要望事項 | | | |

| | |
|------------------------------|---|
| 会社・団体名 | |
| 部署名 | |
| ご担当者名 | |
| 住所 | 〒 |
| TEL (代表) | |
| TEL (お客様ご連絡先、 上記と異なる場合のみ) | |
| FAX (代表) | |
| FAX (お客様ご連絡先、 上記と異なる場合のみ) | |
| 備考 | |