

(日付 年 月 日)

区分	購入希望商品		
<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> DUPLEX	<input type="checkbox"/> DEFENDER	<input type="checkbox"/> D-PRA
会社名	ふりがな		
お名前 (法人の場合は担当者名)	ふりがな		
メールアドレス			
ご住所	ふりがな		
	〒	都 道 府 県	市 区 群 町
電話番号	(- -)		
FAX 番号	(- -)		
収納予定機材			
コメント・その他	(機材の大きさやご希望のオプション類など、ご要望等が御座いましたらお書き下さい)		

株式会社テックス

〒153-0065

東京都目黒区中町 2-44-14--201

TEL/03-5725-8771

FAX/03-5725-8772