



株式会社丸叶むらた 行

担当者 : _____

下記のとおり注文いたします。

御社名 :

御住所 :

担当者様 :

TEL :

FAX :

希望納期 : _____

納品場所 : _____

支払条件 : _____

No.	品名	単価	数量	金額	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
小計					
消費税 5%					
税込合計					

備考

株式会社 丸叶むらた
〒363-0016 埼玉県桶川市寿1-11-10
TEL: 048-771-1012
FAX: 048-773-1499