FAX見積依頼番号　　092-415-3317

テクネソリューションズ株式会社　　年　　月　　日
見積担当　大内田行

見積依頼書

住所

下記の通り見積を希望します。　　会社名　　印

担当者　　印
電話番号
FAX番号

1. 発注商品

商　品　番　号	数　量		設置･調整の有/無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無
			有　・　無

備　考
※　合計金額が15,000円以下の場合　配送料金が500円かかります。（消費税別途）
※　設置・調整が無の場合は箱送りと成りますのでご注意下さい。
※　箱送りの場合でもメーカー保証（基本１年保証）が付いております。

2. 見積希望日　2008年　　月　　日
3. 納品先名称
4. 納品先住所
5. 支払期日　･買取希望
･リース希望

リース会社名	
リース期間	ヶ月

指定があればご記入下さい。

以　上