

# 切手・印紙 FAXご注文票

■太枠内の必要事項をご記入ください

|      |   |   |       |  |
|------|---|---|-------|--|
| ご注文日 | 月 | 日 | ご担当者様 |  |
| 貴社名  |   |   |       |  |
| TEL  |   |   |       |  |
| FAX  |   |   |       |  |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| 領収書が必要な場合はご記入ください |   |     |
| 領収書名              |   |     |
| ご来店日時             |   |     |
|                   | 月 | 日   |
|                   |   | 時ごろ |

■ご希望商品の詳細をご記入ください

| 商品名        | 額面金額 | 枚数 |             |
|------------|------|----|-------------|
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| 切手・印紙      | 円    | 枚  |             |
| レターパックライト  |      | 枚  |             |
| レターパックプラス  |      | 枚  |             |
| はがき        |      | 枚  | インクジェット・普通紙 |
| 往復はがき      |      | 枚  |             |
| ミニレター      |      | 枚  |             |
| その他<br>ご要望 |      |    |             |

※商品の在庫が不足している場合は、お電話させていただきます

|   |                  |
|---|------------------|
| チケッセンター春日井店                                   | TEL 0568-81-2220 |
| FAX 0568-81-2220                              |                  |
| 営業時間 月～金 10:00～19:00 土曜 10:00～17:00 定休日 日曜・祝日 |                  |

ご注文いただきありがとうございました