

新規取引確認票

新規お取引先の為、下記の情報が必要になりますので、
お手数をお掛けしますが、ご記入の上、提出して下さい。
宜しくお願い申し上げます。

印
会社印または代表者印を 押印下さい。

1. 会社名

会 社 名	フリガナ

2. 代表者名

役 職 名		氏 名	フリガナ

3. 会社概要

郵便番号			
住 所	フリガナ		
本店住所 <small>(個人の場合不要)</small>	フリガナ		
	<small>(上記住所以外に本店や本社がある場合にご記入下さい。)</small>		
電話番号		FAX 番号	
資 本 金 <small>(個人の場合不要)</small>			

記入年月日	年	月	日
-------	---	---	---

【決裁条件】

初回のお取引につきましては、検査結果の報告前に検査料金のお支払いをお願い申し上げます。
2回目以降、請求月の翌月末までのお支払いをお願い申し上げます。
※契約がある場合は契約書通りのお支払いをお願い申し上げます。

上記、了承して頂けたら、右の枠に確認印を押印下さい。

--