有限会社マインズマック宛

除菌衛生商品＜申込書＞

※の項目は必ずご記入ください　　申込日　　年　月　日

注文商品　※	□除菌水生成用製剤ステリ・アップTC2 【個数：　　セット】 □除菌水生成製剤ステリ・アップSタイプ 【個数：　　個】 □超音波式噴霧器　HM-201　　【個数：　　個】
お名前　※	
貴社名	
業種・使用用途	
ご住所　※ （お届け先）	〒　　-
電話番号　※	（　　）　　—
メールアドレス　※	@
お支払い方法　※	□ 代引き（別途手数料485円がかります）　□ 銀行振込（ご入金確認後発送）
領収書発行	※ご希望の場合はご記入ください 宛名：　　・ 但書：
備考	

FAX返送先：078-911-3035

注文受付が完了次第、メールにて担当者より折り返します。
お支払い方法が銀行振込の場合はお振込み先をご案内いたします。

食品衛生管理サポート｜有限会社マインズマック
TEL：078-913-4878　FAX：078-911-3035
http://www.minds-mac.jp