

販売代理店申込書

記載日 年 月 日
記載者

会社名	フリガナ				
本社所在地	〒				
代表電話番号				FAX番号	
代表者	役職	氏名	フリガナ		代表者印
業態	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主	業務内容	<input type="checkbox"/> 卸売 <input type="checkbox"/> 小売		
主な営業品目					
資本金		創立日		年間売上高	(年 月決算)
従業員数	役員	社員		合計	
弊社との お取引先	住所 〒			電話	
	事業所・部署	担当者 フリガナ		FAX	
ホームページ アドレス				email アドレス	
請求書送付先	〒				
納品先	〒				
取引金融機関 (メインバンク)	銀行			支店	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 「銀行振込」 <input type="checkbox"/> 月末締め翌月15日支払い <input type="checkbox"/> 月末締め翌月末支払い				
リップタイ商品で再販を希望される商品をお選びください。					
<input type="checkbox"/> ケーブルラップ <input type="checkbox"/> ケーブルキャッチ <input type="checkbox"/> ケーブルハンガー <input type="checkbox"/> シンチストラップ <input type="checkbox"/> シンチストラップEG <input type="checkbox"/> ケーブルキャリアー <input type="checkbox"/> エコラップ <input type="checkbox"/> エコラップ・アタッチメント <input type="checkbox"/> エコノキャッチ <input type="checkbox"/> エコノシンチ <input type="checkbox"/> エコノシンチEG <input type="checkbox"/> リップタイライト <input type="checkbox"/> ラップストラップ <input type="checkbox"/> リップラップ <input type="checkbox"/> その他 ()					

