

年 月 日

職業会計人OA協会行  
FAX03-3288-3785

# 発 注 書

会員様名	
ご担当者	
ご住所	
TEL/FAX	TEL: FAX:
納品先	
会社名	
ご担当者	
ご住所	
TEL/FAX	TEL: FAX:
ご請求書送付先( <input checked="" type="checkbox"/> してください): <input type="checkbox"/> 会員先 <input type="checkbox"/> 納品先	
商 品 名	発注数
バージョンアップのご注文時にご記入ください。	
ご利用中のソフト:	
お客様名:	TEL:
製造番号:	PSS契約期限:
通信欄:	