


手形割引お申込みシート (FAX)

このページを印刷してご記入の上、手形のコピーと一緒に FAX してください。

手形のコピーが FAX できない場合は以下の手形の内容にご記入の上 FAX してください。

フリーFAX  0120-832-632

お客様のご連絡先（※は必須事項です）該当する口にはレ点を入れてください

会社名※	
お名前※	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> ご担当者
会社電話番号※	
携帯番号	
ご住所	
メールアドレス	
ご連絡方法※	電話（ <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他）・ <input type="checkbox"/> メール
その他ご希望事項	

手形の内容（手形のコピーを FAX できない場合は以下の※事項をご記入して下さい。）

手形振出人 住所 ※	
手形振出人 会社名※	
手形振出人 代表者名	
手形額面 ※	円
裏書人（御社以外で）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[住所・会社名・代表者名]
割引実行御希望日時 ※	できるだけ早く ・ 月 日 時頃
支払期日 ※	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
振出日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
支払地 ・ 支払場所	（ <input type="checkbox"/> 銀行・ <input type="checkbox"/> 信金・ <input type="checkbox"/> 信組） 支店

ご記入ありがとうございました。

担当者より折り返しお電話かメールにて連絡させていただきます。

お問合せ電話番号 0120-132-232



栄光商事株式会社