

TRANSCAVE 見積依頼書

年 月 日

株式会社WillTop 行

貴社名:

住所: 〒

担当者部署名:

担当者氏名:

Mail:

TEL:

FAX:

配送場所

名称:

〒

住所:

担当部署:

担当者名:

連絡先TEL:

*ご注文場所と異なる場合のみご記載ください

| 商品名 | 数量 | 単位 | 備考 |
|------------------|----|-----|----|
| 本体 | | 個 | |
| 内箱 | | 枚 | |
| 保冷剤 (1.0Kg) | | 個 | |
| 保冷剤 (0.5Kg) | | 個 | |
| 温度ロガー (スタートキット) | | セット | |
| 温度ロガー (ロガー5個セット) | | セット | |
| | | | |
| | | | |

株式会社WillTop(ウィルトップ)

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂5-20-5

ホームページ: <http://www.willtop.co.jp/>

問合せ先: inquiry-transcave@willtop.co.jp

TEL: 03-3269-3372

ご注文・見積のご依頼はFAXまたはホームページより

FAX

03-3269-3360

備考

■個人情報の取り扱いについて: ご記入いただいたお客さまの個人情報は、製品のご発送以外には使用いたしません。