

運送依頼書

ご依頼日 年 月 日

ご依頼主様			
会社名/名称			
住所			
TEL		FAX	
部署		担当者	様
メール			

お引取先			
会社名/名称			
住所			
TEL		FAX	
部署		担当者	様
引取日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分 (<input type="checkbox"/> 必着 <input type="checkbox"/> 迄 <input type="checkbox"/> 以降)

納品先			
会社名/名称			
住所			
TEL		FAX	
部署		担当者	様
納品日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分 (<input type="checkbox"/> 必着 <input type="checkbox"/> 迄 <input type="checkbox"/> 以降)

ご請求先	<input type="checkbox"/> ご依頼主様 <input type="checkbox"/> お引取先 <input type="checkbox"/> 納品先 <input type="checkbox"/> その他 (下欄ご記入ください)		
会社名/名称			
住所			
TEL		FAX	
部署		担当者	様
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 金融機関振込み (振込手数料はお客様にてご負担お願い致します)		

お荷物の情報			
品名		荷姿	
数量		重量	kg
注意事項			
備考			
希望車種	<input type="checkbox"/> 軽幌車 <input type="checkbox"/> 軽バン <input type="checkbox"/> ボンゴバン <input type="checkbox"/> 2t 標準箱 <input type="checkbox"/> 2t 平 <input type="checkbox"/> 2t ワイドロング <input type="checkbox"/> その他		

FAX 082-237-9505 へご送信ください

※運送契約は運送依頼書を受領後にお電話で確認、御見積書を作成させていただきます
株式会社 47 物流 〒733-0001 広島県広島市西区大芝 1 丁目 19-22 TEL: 082-238-1995