

新規取引確認書
有限会社 スタジオライズ

年 月 日

フリガナ

会社名

フリガナ

印

代表者名

フリガナ

〒

ご住所

tel

fax

設立年月日

年 月 日

資本金

万円

業務内容

従業員数

人

ご担当部署

ご担当者

お支払い部署

お支払い担当者

請求書締切日・支払日

毎月

日締切

月

日 支払

※ お支払いは現金振込にてお願いします。 ※ 但し、初めてのご利用の場合は当日現金にてのお支払いをお願いいたします

FAX にてご送付下さい。 fax 03-5465-0477