

配車依頼票

平成 年 月 日

中央物流有限会社

御社名: _____
 ご住所: _____
 * お名前: _____
 * 電話番号: _____
 ファックス番号: _____
 * 担当者: _____

(*印の付いている項目は必須です。

お手数ですが、下記枠内をご記入の上、FAXにてご返送をお願いします。

t車	台	平ボディ・ウイング・ゲート・ユニック・バン
t車	台	
積込み地		名称
日付		住所
時間	AM PM	TEL 担当者:
品名		

降し地		名称
日付		住所
着時間	AM PM	TEL 担当者:
降し地		名称
日付		住所
着時間	AM PM	TEL 担当者:

摘要	
----	--

中央物流有限会社 FAX:042-520-2637