

変更連絡FAX用紙【A-03】 楷書で正しくご記入ください

FAX
送信方向

お願い この用紙はコンピュータで処理するため、枠外の文字は読みとれませんので、ご注意ください。

- この用紙の記入に関するご不明な点はアスクルお客様サービスデスク TEL. 0120-345-861 へご連絡ください。
- 下記3項目については、お客様の担当販売店またはアスクルお客様サービスデスクへご連絡ください。
 - ・お支払方法、銀行・郵便口座、口座名義(会社名など)の変更
 - ・ご請求締切日の変更
 - ・社内内部署の新規ご利用登録
- ご注文受付後ただちに出荷処理を行なうため、FAX 送信後はご注文のお取消し(キャンセル)・ご変更ができませんのでご注意ください。
- ご注文時点で最新の「アスクルご利用規約」(URL: <https://www.askul.co.jp/kiyaku>) または FAX 情報BOX (0120-826-126 へお電話いただき「105#」から取り出し)にてご確認ください)を確認し承諾の上、注文します。

ご依頼者名
(必須)

送信枚数

2枚以上になる場合は
通し番号をご記入ください

枚目 /

枚中

349

Step ① 現在のご登録内容を必ずご記入ください。(必須) ご登録電話番号は、左詰めでハイフン(-)を含めてご記入ください。

ご登録電話番号(必須)

お問い合わせ
番号(必須)

貴社名・
部署名(必須)

お問い合わせ番号はカタログ裏面ラベル・納品書・請求書などに記載されています。

Step ② ご変更のある項目のみご記入ください。(申込日当日の変更は承れません)

変更開始日
(翌営業日以降)

20

年

月

日

お電話番号

FAX番号

フリガナ

貴社名
(30文字)

フリガナ

部署名
(20文字)

フリガナ

責任者名
(10文字)

フリガナ

ご担当者名
(10文字)

郵便番号

ご住所

西暦
20 年 月 日

町名・番地・ビル名など

●ご住所変更の際は、ビル名に変更がなくても、必ずビル名・階数までご記入ください。ビル名は20文字までです。

↓ ③ 変更連絡と同時にご注文いただく場合、
配送日を指定することができません。ご了承ください。

お申込番号(左詰め)

ハイフン(-)は
記入しないでください。

数量(右詰め)

医療関連施設

変更後の番号の記入をお願いします。

01:医療 02:薬局(高度) 03:薬局
04:訪問看護 05:介護

上記の医療関係施設から一般業種へ変更

セールなどのFAXでのご案内

中止する

再開する

●お届けについて
この用紙で変更依頼と同時にご注文いただいた場合、変更開始日
がご注文受付日となるため、通常のお届けよりお日にちがかかります。

●災害による配達遅延などセール以外でアスクルが必要と判断し
た案内については、FAXをお送りすることがございます。

この用紙をコピーしてお使いください。Vol.29

●変更後の内容で商品のお届けをご希望の場合は、「アスクルオーダーシート」「組立設置サービス付家具・翌々日配送大型電化製品専用注文書」と併
せてお送りください。詳細は P.1241 をご確認ください。●医療関連施設確認にはお日にちをいただく場合がございます。

ご注文・
登録内容の変更など
すべてのサービスに使える

統一FAX番号

FAX. 0120-881-881

※FAXの送信間違えには充分ご注意ください。