

# FAX. 03-3246-0645

(TEL.03-3245-1250)

年 月 日

株式会社東陽テクニカ  
情報通信システム営業2部 CS Light係

発注元	
住 所	〒
会社名	®
部署名	
氏 名	
電 話	
E-mail	

## ClearSight Light 発注書

下記の通り、発注します。

1	製品名	単価	数量	金額
	米国 ClearSight Networks 社製 CSL41-CD ClearSight Light 4.1 アナライザパッケージ	¥298,000		
	*数量及び金額をご記入ください。また、上記金額は税別です。			
2	お支払い条件			
	納入月末日締翌月末現金払い (*ご発注受付後、変更をお願いする場合があります。あらかじめご了承ください。)			
3	納品先 (*発注元と同一の場合、右記に○で囲ってください。) 発注元と同一			
	住 所 〒			
	会社名			
	部署名			
	氏 名			
	TEL		FAX	
4	請求先 (*発注元と同一の場合または納品先と同一の場合、右記に○で囲ってください。) 発注元と同一 / 納品先と同一			
	住 所 〒			
	会社名			
	部署名			
	氏 名			
	TEL		FAX	

5. その他