

返品了解依頼書

お手数ですが、下記の太線内に必要事項をお書き込みいただき、FAXでご送信くださいますようお願いいたします。
当社で調査後に返品入帳の可否、および入帳正味を、折り返しご連絡させていただきます。

株式会社 学建書院

担当 増田

TEL 03-3816-3888

E - mail hon@gakkenshoin.co.jp

年 月 日

貴店名 ご担当者名 FAX TEL E - mail	番線印	備考欄
--	-----	-----

	書名	版刷	ISBN	入荷冊数	返品冊数	本体価格	採用学校名	採用時期	先生名	返品可否	入帳正味
1			978-4-							可・否	通常・歩安 %
2			978-4-							可・否	通常・歩安 %
3			978-4-							可・否	通常・歩安 %
4			978-4-							可・否	通常・歩安 %
5			978-4-							可・否	通常・歩安 %

*ご返品の際には、書籍に本^①返品了解依頼書を必ず、ご添付いただきますようお願いいたします。

FAX 03-3814-6679