

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、送信くださいますようお願いいたします。
当社で調査後、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

TEL: 03-3816-3888

E-mail: hon@gakkensho.in.co.jp

_____年 _____月 _____日

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

No.	書名	版・刷	ISBN	入荷数	返品数	本体価格	ご採用校	ご採用時期	先生名	返品可否	入帳正味
1		版 刷	978-4-7624-	冊	冊	円				可・否	通常 歩安 %
2		版 刷	978-4-7624-	冊	冊	円				可・否	通常 歩安 %
3		版 刷	978-4-7624-	冊	冊	円				可・否	通常 歩安 %
4		版 刷	978-4-7624-	冊	冊	円				可・否	通常 歩安 %
5		版 刷	978-4-7624-	冊	冊	円				可・否	通常 歩安 %

* ご返品の際には、書籍に本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。

【弊社記入 通信欄】

弊社FAX:03-3814-6679