ORDER FORM

20705 S.WESTERN AVE. SUITE 116
TORRANCE, CA 90501
TEL (310)294-5244 FAX (310)294-5245

☐ **ESTIMATE** （お見積もり）　☐ **ORDER** （ご注文）

P.O Number _____

P.O. Date _____

Company （会社） _____ Phone（お電話番号） _____

Contact Name（担当者名） _____ Fax（ファクス番号） _____

Address （ご住所） _____ E-Mail (メールアドレス) _____

_____

MAKE / メーカー	MODEL / モデル	VIN	YEAR / 年式

PARTS # / パーツ #	DESCRIPTION /部品名	QTY / 数量	LIST /表示価格	NET/ 正価	AMOUNT / 合計	AVAIL / 納期

MEMO :

PAYMENT METHOD（お支払い方法）
＊どちらかに ○をおつけください

クレジットカード　　銀行振込