

不良・破損報告書

株式会社デルキ 宛

FAX:052-700-1055

ご報告日 20 年 月 日

貴社名:	ご担当者名:	電話番号:	FAX番号:
------	--------	-------	--------

伝票日付	品番	品名	数量	不良内容	希望対応
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送
20 年 月 日					<input type="checkbox"/> 赤伝処理 <input type="checkbox"/> 代替品発送

弊社記入欄:

株式会社 デルキ

TEL:052-750-3968 FAX:052-700-1055 EMAIL:info@dellki.jp