

配車依頼書

ご依頼日 年 月 日 ()

貴社名

ご依頼者名

(集荷場所)

日時	月 日 ()	集荷時間	AM・PM	時	分
住所					
集荷先名					
担当者名			TEL		
備考					

(集荷・配達) で囲んで下さい

日時	月 日 ()	時間	AM・PM	時	分
住所					
行先名					
担当者名			TEL		
備考					

(配達場所)

日時	月 日 ()	配達時間	AM・PM	時	分
住所					
配達先名					
担当者名			TEL		
備考					

※弊社は全車両ハンガー車です

ご希望車両	2t (台)	4t (台)
品名	数量	

支払条件(初めてのお客様)

請求先名		
請求先住所		
部署名		
締日・支払日	締日	お支払い日



アパレル輸送・倉庫・プレス・縫製修理

株式会社マルカン

和光営業所(運輸部) TEL048-466-0194

〒351-0101 埼玉県和光市白子 3-16-39

FAX

048-465-6177