

仕分けマスター帳合変更申込書

年 月 日

(株)サイバーリンクス名古屋営業所 行き
FAX:052-459-3653

仕入先コード	
会社名	
担当者名	印
TEL/FAX	

下記小売店の仕分けマスター帳合変更を申込みます。

記

作業日: 年 月 日()

※対象小売店

小売店コード(7桁)	小売店名	分類コード指定 (無ければ記入不要)

※変更前		※変更後	
仕入先コード(7桁)	仕入先名	仕入先コード(7桁)	仕入先名

1. 作業日の7営業日前にお申込みをお願いします。
2. 作業日の16:00頃変更されます。(当日は発注不可)
3. 料金---4,000円/店
4. 小売店・卸双方とも了解の上でお申込みをお願いします。
5. 帳合変更は、1対1となります。(1対多または多対1は不可)

以上