

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 行き
TEL:073-448-2938 FAX:073-448-3669
e-mail: cybervan@cyber-l.co.jp

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. 料金・・・4,000円/店
3. 小売店・卸双方とも了解の上でお申込みをお願いします。
4. 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)

※メールまたはFAXにてお申込みください。

以上