

イケア商品お申込み書



株式会社フルフィール御中

NO.	設置希望箇所	壁付有無	シリーズ名 (アルファベット)	シリーズ名 (カタカナ名)	商品番号	品名	税込金額
(例)	LD	×	KARLSTAD	カールスタード	898.891.46	3人掛けソファ	59,900
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

申し込みにあたり、「IKEA商品お申込みGUIDEBOOK」の内容に同意し、上記のイケア商品を申し込みします。

平成____年____月____日

アデニウム新小岩_____号室

契約者氏名_____印