

# 新規取引確認書

株式会社 スタジオライズ

年 月 日

フリガナ

会社名

フリガナ

印

代表者名

フリガナ

〒

ご住所

tel

fax

設立年月日

年 月 日

資本金

万円

業務内容

従業員数

人

ご担当部署

ご担当者

お支払い部署

お支払い担当者

請求書締切日・支払日

毎月

日締切

月

日 支払

※ お支払いは現金振込にてお願いします。 ※ 但し、初めてのご利用の場合は当日現金にてのお支払いをお願いいたします

FAX にてご送付下さい。 fax 03-5465-0477

studio  
rise

〒151-0064 東京都渋谷区上原 2-32-6

tel 03-5465-0480 fax 03-5465-0477

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-39-6 B1

tel 03-5485-4731 fax 03-5485-4732