

記入例

ご注文日 20×× 年 00 月 00日

ブルーオーシャン横浜株式会社

□ 本社 〒236-0003
神奈川県横浜市金沢区幸浦2-1-12
TEL:045-790-3581
FAX:045-790-3591
mail:toiawase@blueoceanyokohama.co.jp

□ ベイサイドマリーナ店 〒236-0007
神奈川県横浜市金沢区白帆1番地
TEL:045-770-5611
FAX:045-770-5612

火薬類のご注文について

拝啓

毎々格別のお引き立てにあずかり厚く御礼申し上げます。
火薬類のご購入にあたり、オーナー情報についてご記入の上、船舶船検証のコピーを添えて
ご提出くださいますようお願い申し上げます。

敬具

オ ー ナ ー 情 報	
氏 名	船舶検査証書に記載されている船舶所有者様のお名前
住 所	〒 船舶所有者様のご住所
電 話 番 号	船舶所有者様のお電話番号
船 名	船舶検査証書に記載されている船名
係 留 場 所	〇〇マリーナ、〇〇港など係留されている場所の名称、又はご住所
検 査 項 目	※該当項目を○で囲い検査日を記入してください ・ 継続検査（ 定期・ <u>中間</u> ） ・ 臨時航行検査 検査日 〇〇年 〇 月 〇 日 ・ 臨時検査 ・ その他（ ）
ご 連 絡 先	※ご連絡先記入欄には日中ご連絡が取れる電話番号かFAX番号、メール連絡をご希望の場合はメールアドレスをご記入ください お支払い金額のご案内やご注文内容の確認などに必要になります

※ 添付される船舶船検証のコピーは、内容が確認出来る鮮明なものをご提出ください。

※ ご注文者名、船舶所有者名及びご精算名義は、同一でお申し込みをお願いします。

※ 書類に不備がある場合は、ご注文をお受けできかねますのでご了承ください。

以 下 弊 社 記 入 欄

得意先コード		受注伝票 No.	
支払方法		売上伝票 No.	
注文情報			

ご注文日 年 月 日

ブルーオーシャン横浜株式会社

□ 本社 〒236-0003
神奈川県横浜市金沢区幸浦2-1-12
TEL:045-790-3581
FAX:045-790-3591
mail:toiawase@blueoceanyokohama.co.jp

□ ベイサイドマリーナ店 〒236-0007
神奈川県横浜市金沢区白帆1番地
TEL:045-770-5611
FAX:045-770-5612

火薬類のご注文について

拝啓

毎々格別のお引き立てにあずかり厚く御礼申し上げます。

火薬類のご購入にあたり、オーナー情報についてご記入の上、船舶船検証のコピーを添えて
ご提出くださいますようお願い申し上げます。

敬具

オ ー ナ ー 情 報	
氏 名	
住 所	〒
電 話 番 号	
船 名	
係 留 場 所	
検 査 項 目	※該当項目を○で囲い検査日を記入してください ・ 継続検査（ 定期・中間 ） ・ 臨時航行検査 検査日 年 月 日 ・ 臨時検査 ・ その他（ ）
ご 連 絡 先	※ご連絡先記入欄には日中ご連絡が取れる電話番号かFAX番号、メール連絡をご希望の場合はメールアドレスをご記入ください

※ 添付される船舶船検証のコピーは、内容が確認出来る鮮明なものをご提出ください。

※ ご注文者名、船舶所有者名及びご精算名義は、同一でお申し込みをお願いします。

※ 書類に不備がある場合は、ご注文をお受けできかねますのでご了承ください。

以 下 弊 社 記 入 欄

得 意 先 コ ー ド		受 注 伝 票 No.	
支 払 方 法		売 上 伝 票 No.	
注 文 情 報			