

以下の必要事項を
ご記入下さい。

FAX送付 ▶▶▶ **06-6599-1500**
(24時間受付)

お問い合わせ ▶▶▶▶▶ **0570-015-115**
(受付時間/平日9:30~18:30)

FAXご注文・お見積依頼書

依頼内容 ご注文 ・ お見積依頼 ※をつけて下さい

御発注主様	ご注文日	年 月 日	弊社記入欄	受付日	年 月 日	受付担当	
	貴社名			貴社担当 者	TEL ※市外局番から お願いします。		
	貴社住所	〒			FAX		
			-----		メールアドレス		
メールマガジン		<input type="checkbox"/> 受けとる ・ <input type="checkbox"/> 受けとらない ※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい					

商品仕様	項	商品番号	商 品 名	注文数	名入れ ※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい	データ入稿 ※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい
	①				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	adobe Illustratorファイル <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	②				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	③				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	④				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	⑤				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	⑥				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
納品先	会社名 屋号など			受注担当 者	TEL ※市外局番から お願いします。	
	納品先 住所	〒			希望納期	年 月 日
			-----		備 考	

※納品先が複数ある場合等、追記事項は備考欄にご記入下さい。

備考欄	
-----	--

