

ROJAM シートカバー 注文書

		ご記入日	年	月	日
お名前 (会社名)	フリガナ	ご担当者様	フリガナ		
ご住所	〒				
ご連絡先	TEL	FAX	携帯電話		

車種名	型式	グレード
	年式	年 月
フロントシート	セパレート・ベンチシート 電動・手動 ヘッドレスト逆U字・枕型 コラムシフト・フロアシフト アームレスト小物入れ 有・無 バックテーブル 有・無 (運転席・助手席)	乗車定員
2列目シート	キャプテンシート・ベンチシート (アームレスト 有・無) 一体・分割 (6:4 5:5 4:2:4) 回転・タンブル 電動・手動 ヘッドレスト逆U字・枕 (個) バックテーブル 有・無	人乗り
3列目シート	ベンチシート・跳ね上げシート アームレスト 有・無 電動・手動	

※上記内容確認後、対応出来ない車種・機能がある場合はご了承下さい。

●ベースモデル ご希望のデザインをお選び頂き、□にチェックを入れて下さい。

レザーモデル レザー×キルティングモデル レザー×スエードモデル

●ベースカラー ご希望のシートカラーをお選び頂き、□にチェックを入れて下さい。

ブラック グレー ベージュ

●シートライン ご希望のシートライン仕様をお選び頂き、□にチェックを入れて下さい。

ステッチ パイピング

●アクセントカラー ご希望のロゴ刺繍・ステッチ・パイピングのカラーをお選び頂き、□にチェックを入れて下さい。

レッド ホワイト ブルー グリーン オレンジ
 ベージュ イエロー ピンク グレー

備考

<注意事項>

- ・本注文書をご購入の販売店様にお渡し頂くか、必要事項をご記入の上 **052-355-0091** までFAXをお送り下さい。
- ・必ずご注文前に車種・内容の確認をして頂き、お客様ご自身にてサインをお願い致します。
- ・お客様最終確認同意サインの無い物はオーダーをお受けする事が出来ません。
- ・車種・グレードによっては純正機能がご使用頂けなくなる場合もございます。
- ・車種によっては別途確認書が必要になる場合もございます。

お客様最終確認同意サイン

上記内容に間違いのない事を確認致しました。