

キャップレス9 おまとめ注文申込書

送信日

年

月

日

当店のご利用、誠にありがとうございます。
お申し込み用紙をご記入後、FAXでお送りください。当店よりご確認のお電話をさせていただきます。
黒ペンでできるだけハッキリと記入ください。(とめ・はね・はらい等)
ご不明な点はご遠慮なくお問合せください。(TEL:0120-77-4185)

総合計

個

	ボディカラー	イラスト (例：絵-1など)	作成するお名前	書体	インク色
例	ピンク	絵-16	山田	楷書体	朱・黒・藍 緑・紫・赤
1					朱・黒・藍 緑・紫・赤
2					朱・黒・藍 緑・紫・赤
3					朱・黒・藍 緑・紫・赤
4					朱・黒・藍 緑・紫・赤
5					朱・黒・藍 緑・紫・赤
6					朱・黒・藍 緑・紫・赤
7					朱・黒・藍 緑・紫・赤
8					朱・黒・藍 緑・紫・赤
9					朱・黒・藍 緑・紫・赤
10					朱・黒・藍 緑・紫・赤
11					朱・黒・藍 緑・紫・赤
12					朱・黒・藍 緑・紫・赤
13					朱・黒・藍 緑・紫・赤
14					朱・黒・藍 緑・紫・赤
15					朱・黒・藍 緑・紫・赤

備考

お客様情報記入

名前(会社名・ご担当者名)
住所 〒
E-mail
支払方法 ☐ クレジット ☐ コンビニ振込(前払い) ☐ 代金引換

担当
()
TEL
FAX
希望納期
月 日ごろまでに
注文番号
(-)
備考欄