

FAX専用注文書

注文  見積り

↑どちらかをお選びください。

ご注文日 月 日

納品希望日 月 日

\*刺繍・プリント等の加工がある場合は10日~2週間程お日にちをいただいております。  
\*できるだけ対応させていただきますが、ご希望にお答えできない場合もございますのでご了承ください。

◆コンビニからのFAX送信ができない場合がございます。エラーが発生する場合は、こちらの番号にご送信ください。【0776-23-1909】

◆遅くとも翌営業日中にはご連絡させていただきます。連絡がない場合は、FAXが届いていない可能性がありますので、お手数をおかけいたしますが再度ご連絡いただけますようお願い申し上げます。

御社名 <small>フリガナ</small> (お客様名)		ご担当者 <small>フリガナ</small>	
お電話番号 ( )		FAX番号 ( )	
ご住所 <small>※前回同様の場合は、未記入で結構です</small>		〒 お届け先ご住所 <input type="checkbox"/> 同じ住所 <input type="checkbox"/> 別住所(下記の備考欄にお届け先ご住所、電話番号をご記入ください)	
1. 初めてのお客様 2. 2回目以降のお客様		メールアドレス	
お支払方法		1. 代金引換 2. 銀行振込(前払い) 3. 【追加のお客様】 <small>前回掛売でご注文をいただいた方はこちらをお選びください。</small>	

※ご注文に際しご覧られたものに○をつけてください。

※ 区分 (カタログ名)	商品番号	色番	サイズ	計	加工	備考
	商品名	色	数量			
カタログ					有・無	
ホームページ						
カタログ					有・無	
ホームページ						
カタログ					有・無	
ホームページ						
カタログ					有・無	
ホームページ						
カタログ					有・無	
ホームページ						

加工のある場合は記入してください。 ※こちらの内容で加工させていただきますので、大文字・小文字・ドットなど正確にご記入ください。

加工の種類	加工内容	書体・カラーはホームページの見本よりお選びください。 オリジナル書体・ロゴマーク等の場合は、データもしくは見本をメールまたはFAXにてお送りください。	FAX 050-3730-4320 Mail info@clinic-uniform.com
	1. 刺しゅう		書体
	2. プリント		カラー
	3. 裾直し		位置

その他ご希望がある場合は記入してください。

備考	
----	--