

# 名入れ抗菌スリッパ

## ご注文書

# 9 0 5

ご注文書は黒のボールペンではっきりとご記入ください。

コピーしてお使いください。

送信枚数  
記入欄 枚目 / 枚中

お客様名(法人の方は会社名および部署名をご記入ください。)

ご要望連絡欄(見積り希望の場合は、「見積りのみ希望」に✓をつけてください。)

お客様コード

 見積りのみ希望

3 2

住所変更の場合は、P1153の「ご登録内容変更シート」をご利用ください。

ご登録電話番号(左詰でハイフンもひとマスに入れてご記入ください。)

ご担当者名(左詰でカタカナでご記入ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

濁点は同一マス内にご記入ください。

### 1 ご希望のスリッパに○をお書きください

種類	抗菌ベーシック	・	抗菌シボナシレザー風	・	子供用
----	---------	---	------------	---	-----

### 2 スリッパの色と数量をご記入ください。

色	数量	足

※子供用スリッパは10足からのご注文となります。

### 3 書体をお選びください。

書体	<input type="checkbox"/> 明朝体	<input type="checkbox"/> 角ゴシック体	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック
----	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

※特殊書体・ロゴマーク入れは承っておりません。

### 4 印刷色をお選びください。

印刷色	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 銀
-----	----------------------------	----------------------------

### 5 印刷内容をご記入ください。

抗菌ベーシック・抗菌シボナシレザー風 (名入れサイズ20×70mm)

●上段 (最大6文字)

--	--	--	--	--	--	--

●下段 (最大7文字)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

抗菌スリッパ子供用 (名入れサイズ15×60mm)

●最大6文字

--	--	--	--	--	--	--

※既定の名入れサイズ内に収めるようになります。実際のイメージは校正にてご確認ください。

ご注文内容をもう一度ご確認ください。一度いただいたご注文の訂正・キャンセル・返品はお受けできません。

&lt;校正&gt; ご注文後約4営業日以内

&lt;納期&gt; 校正終了後約14営業日(土日、休日を除く)

# Forestway FAX 0120-40-4006

IP電話からは048-633-4662へ(通話料はお客様負担となります。)