名入れスリッパ

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。

ご注文書

コピーしてお使いください。

#	9	0	5

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。）

お客様コード

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。）

☐ 見積りのみ希望

3	2

住所変更の場合は、P1173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。

ご注文の種別　該当するものに ✓

☐ 新規ご注文　☐ リピート変更あり（新規扱いとなります。）　☐ リピート変更なし（3年を経過すると新規扱いとなります。）

前回注文（リピート時）　年　月

1 スリッパの色と数量をご記入ください。

抗菌レザー調スリッパ（前閉じ・前開き）

前閉じ、前開きどちらかを○で囲み、ご希望の色と数量をご記入ください

※5足でのご注文は単色の「レザー調スリッパ（前閉じ・前開き）」のみとなります。
※合計10足以上から10足単位で承ります。

前閉じ・前開き					
色	足	色	足	合計	足

抗菌スリッパ子供用

ご希望の色と数量をご記入ください。※ご希望の数量をご記入ください。※合計10足以上から10足単位で承ります。

ブルー	足	ピンク	足	イエロー	足	合計	足

2 書体をお選びください。

書体	☐ 明朝体	☐ 角ゴシック体

※アルファベットは角ゴシック体のみとなります。
※特殊書体・ロゴマーク入れは承っておりません。

3 印刷色をお選びください。

印刷色	☐ 金	☐ 銀

4 印刷内容をご記入ください。

抗菌レザー調スリッパ（前閉じ・前開き）

●上段（7文字まで）

●下段（8文字まで）

抗菌スリッパ子供用

●（5文字まで）

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。

＜校正＞ ご注文後約4営業日以内	＜納期＞ 校正ご承認後約14営業日（土日、休日を除く）

Forestway　FAX 0120-40-4006

IP電話からは048-610-8951へ（通話料はお客様負担となります。）