

ご注文は…  
**ご希望の最寄り店舗 または**  
**FAX 045-324-0273** へお送り下さい。  
お問い合わせは… **TEL 045-314-0980**

- 記入事項は間違いのないように、楷書で正しくご記入下さい。
- ご注文内容が記入しきれない場合は別紙を添付して下さい。
- 注文書はコピーしてお使い下さい。

FAX送信枚数 / 枚

ご注文日	年 月 日	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	※ビル名までご記入下さい。	
フリガナ			<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記納品先 <input type="checkbox"/> ご来店お引き取り		
貴社名				〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	※ビル名までご記入下さい。
部署名					
ご担当者様		フリガナ			
TEL	( )	今回のご注文納品先	※上記と異なる場所への配送は必ずご記入下さい。		
FAX	( )				
携帯	( )	<input type="checkbox"/> 携帯に連絡可			

- 新規     リpeat修正なし     リpeat修正あり

◀ ▼ ご注文内容をご記入下さい。

現在ご利用中の名刺または見本の名刺を貼付けて下さい。  
(拡大コピーもFAXの際添付して下さい。)

表面

裏面

なし

台紙の種類	<input type="text"/>	▼ 印刷内容 (上記見本を元に作製致します。変更箇所がある場合全て書き出して下さい。)
印刷の色	表面 <input type="checkbox"/> カラー <input type="checkbox"/> モノクロ 裏面 <input type="checkbox"/> カラー <input type="checkbox"/> モノクロ	<input type="checkbox"/> 郵便番号 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 住所 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 建物名・部屋番号 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 会社名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 部署名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 役職名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> フリガナ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> TEL <input type="text"/> <input type="checkbox"/> TEL/FAX <input type="text"/> <input type="checkbox"/> FAX <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="text"/> <input type="checkbox"/> URL <input type="text"/> http:// <input type="text"/> <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
ロゴ・写真	<input type="checkbox"/> あり <input type="text"/> 点 <input type="checkbox"/> 登録済み 初回 ¥1,000 (税込 ¥1,100)	
プラスチックケース	<input type="checkbox"/> あり <input type="text"/> 箱    ※通常紙箱入り。 1箱 ¥100 (税込 ¥110)	
枚数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 00 枚 ※100枚単位。	
校正 (2回まで無料)	<input type="checkbox"/> 希望 校正先 FAX No. : <input type="text"/> ( )	
納品方法	<input type="checkbox"/> 配送(代引) <input type="checkbox"/> 来店 ( <input type="text"/> 店 )	
納期の希望	<input type="checkbox"/> 月 日 必着・来店 ※納期指定を承れない場合があります。お問合せ下さい。	
備考 (注文内容の補足等)	<input type="text"/>	
ご注文合計金額	円	