



# 標識DEサイン オーダーシート

本紙含め 枚

**FAX** 0120-993-934

注文 ・ 御見積依頼 \*どちらか○をしてください。 ご依頼日 月 日

カナ 貴社名	カナ ご担当者名	様
ご住所 (〒 - ) 都道府県 市区郡 区町村		
TEL	FAX	代引き不可商品 FAXを頂いたあと御見積を致します。 ご入金確認後校正にかかります。
E-Mail		

ご迷惑をおかけします。

期間 (B)	工事内容 (A)
道の相談室	
発注者 電話	(D)
施行者 電話	

SLX-201 3M高輝度反射タイプ  
工事説明看板 550×1400 鉄枠付

数量	*文字入れ内容を左記へご記入下さい。 アラビア数字、漢数字などは正しく記入してください。 なお、他に原稿がある場合は本紙と一緒にお願いします。
工事内容 (A)	
期間 (B)	
年 月 日 まで	
(D)	
発注者 電話	
施行者 電話	

直送先、その他ご要望

\*納品書は商品に添付します。宛名等ご指定なき場合はお届け先名・金額有で発行致します。納品書の宛名の変更、金額無の場合上記ご要望欄へ明記ください。