

手書き例



標識DEサイン
オーダーシート

本紙含め | 枚

FAX ☎ 0120-993-934

ご依頼日 4月1日

| | |
|---|----------------------|
| カナ サンヨウヒョウシキセイサクシヨ | カナ イトウ |
| 貴社名 (株)山陽標識製作所 | ご担当者名 伊藤 様 |
| ご住所 (〒 733-0035) 広島県 広島市 西区 南観音5丁目10-13 | 市区町村 西区 |
| TEL 082-294-6740 FAX 0120-993-934 | お支払方法 お振込み (銀行振込) |
| E-Mail contact@hyoushiki.jp | お振込み (銀行振込) |

| | | |
|---|-----------|----------------------|
| 注文書 | 見積依頼書 | ★商品コード:品名 MGF3B-N |
| *どちらかに○をしてください | | *当サイトをご覧ください。 |
| 製作枚数 10 枚 | 書体記号 B | 書体名 中太角ゴシック体 |
| シートに記載したい文言をご記入下さい。 *書体は当サイトをご覧ください。 | | |
| 福祉輸送車両(限定) 標識DEサイン 082-294-6740 | | |
| 【お電話番号ご記載のお客様は電話番号頭に入れる字を変更できます。□にチェックをお願い致します。】 <input checked="" type="checkbox"/> ☎ 電話マーク要 <input type="checkbox"/> ☎ フリーダイヤルマーク要 <input type="checkbox"/> 上記明記通り | | |
| *文字入れ内容を上記へご記入下さい。 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送ってください。 | | |
| マーク 有・無 () ロゴ 有・無 () *マークやロゴを入れる場合 別料金が必要となります。 御見積・ご注文時は見本が必要です。 *どちらかに○をしてください | | |

直送先、その他ご要望

*御見積のお客様へは御見積書、ご注文のお客様へはご注文承り書を折り返し返信致します。

校正例

福祉輸送車両 限定

標識DEサイン

☎ 082-294-6740