



# 標識DEサイン オーダーシート

文字入れのご注文・御見積依頼はFAXでお願い致します。

本紙含め 枚

FAX



0120-993-934

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	お支払方法 詳細はホームページ「ご利用ガイドをご参照ください。
E-Mail	お振込み	どちらか○をつけて下さい。 運送会社による代金引換

## 注文書 ・ 見積依頼書

\*どちらかに○をしてください

←品名	枚数
反射ワッペン72 文字入れ	枚
*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送ってください。	
その他商品名	枚数
*文字入れのないその他規格商品等	

下記に○をしてください。

文字色 黒、赤、紺色、青、緑

書体 丸ゴ、角ゴ、明朝体、おまかせ

マーク 有・無 ) マークやロゴを入れる場合  
 ロゴ 有・無 ) 見本が必要です。

直送先、その他ご要望