

ご注文 FAX 用紙

FAX送信先⇒  **0120-883-508**

下記項目にご記入の上 FAXでお送りください。

右記の□内にこの用紙を含む
総枚数をご記入下さい。 枚

ご注文内容

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| ● タオルの種類 ご希望のタオルにチェックを入れてください。 ※必須 | | ● タオルの製法 ご希望の製法にチェックを入れてください。 ※必須 | |
| <input type="checkbox"/> マフラータオル <input type="checkbox"/> バスタオル <input type="checkbox"/> スポーツタオル <input type="checkbox"/> ハンドタオル・タオルハンカチ <input type="checkbox"/> フェイスタオル <input type="checkbox"/> 日本手ぬぐい | | <input type="checkbox"/> 染料プリント <input type="checkbox"/> 顔料プリント <input type="checkbox"/> ジャガード毛違い <input type="checkbox"/> ジャガード上げ落ち <input type="checkbox"/> インクジェットプリント | |
| 予定枚数 <input type="text"/> 枚 ※必須 | 色数 <input type="text"/> 色 | 希望納期 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | |

ご連絡先

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| お名前 (ご担当者) <input type="text"/> ※必須 | | 様 | 企業名 <input type="text"/> 学校名 <input type="text"/> | |
| 住所 〒 <input type="text"/> ※必須 | | | | |
| TEL <input type="text"/> ※必須 | | FAX <input type="text"/> | | |
| E-MAIL <input type="text"/> ※必須 | | 携帯TEL <input type="text"/> | | |
| ご希望のご連絡方法 | | <input type="checkbox"/> まずは電話下さい <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> FAX | | |

ご質問・ご連絡事項