

名入れスリッパ

新規注文

リピート注文

ご注文書は黒のボールペンではっきりとご記入ください。

ご注文書

コピーしてお使いください。

9 0 5

送信枚数
記入欄

枚目

枚中

お客様名(法人の方は会社名および部署名をご記入ください。)

お客様コード

ご要望連絡欄(見積り希望の場合は、「見積りのみ希望」に✓をつけてください。)

☐ 見積りのみ希望

3 2

住所変更の場合は、P1199の「ご登録内容変更シート」をご利用ください。

ご登録電話番号(左詰でハイフンもひとマスに入れてご記入ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ご担当者名(左詰でカタカナでご記入ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

濁点は同一マス内にご記入ください。

ご注文の種別

該当するものに✓

☐ 新規ご注文

☐ リピート変更あり
(新規扱いとなります。)

☐ リピート変更なし
(3年を経過すると新規扱いとなります。)

前回注文(リピート時)

年 月

1 スリッパの色と数量をご記入ください。

抗菌レザー調スリッパ(前閉じ・前開き)

前閉じ、前開きどちらかを○で囲み、ご希望の色と数量をご記入ください

前閉じ・前開き		※5足でのご注文は単色の「レザー調スリッパ(前閉じ・前開き)」のみとなります。 ※合計10足以上から10足単位で承ります。			
色	足	色	足	合計	足

抗菌スリッパ子供用

ご希望の色と数量をご記入ください。 ※ご希望の数量をご記入ください。 ※合計10足以上から10足単位で承ります。

ブルー	足	ピンク	足	イエロー	足	合計	足

2 書体をお選びください。

書体

☐ 明朝体

☐ 角ゴシック

※アルファベットは角ゴシック体のみとなります。
※特殊書体・ロゴマーク入れは承っておりません。

3 印刷色をお選びください。

印刷色

☐ 黒

☐ 白

☐ 金

☐ 銀

※白は明朝体のみとなります。

4 印刷内容をご記入ください。

抗菌レザー調スリッパ(前閉じ・前開き)

●上段(7文字まで)

--	--	--	--	--	--	--

●下段(8文字まで)

--	--	--	--	--	--	--	--

抗菌スリッパ子供用

●(5文字まで)

--	--	--	--	--

ご注文内容をもう一度ご確認ください。一度いただいたご注文の訂正・キャンセル・返品はお受けできません。

<校正> ご注文後約4営業日以内

<納期> 校正ご承認後約14営業日(土日、休日を除く)

Forestway

FAX



0120-40-4006

IP電話からは048-610-8951へ(通話料はおお客様負担となります。)