

# F A X 専用注文書

矢印の方向に  FAX送信してください  
(A4 サイズに拡大してご送信ください。)



お客様情報	ご発注日	年 月 日	ご発注No.
* 社名			
* ご担当者名			
* ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
* TEL	- -		
* FAX	- -		
* E-mail			
* お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替		

お届け先情報	お届け先がお客様情報と異なる場合はご記入ください。
社名	
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TEL	- -

お届け日指定	<input type="checkbox"/> なし	時間指定	<input type="checkbox"/> 午前中
	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日 )		<input type="checkbox"/> 午後
特急仕上げ	<input type="checkbox"/> 指定する <input type="checkbox"/> 指定しない		

## 専用発注フォーム M 1 - 3 行タイプ

行揃え	1行目	<input type="checkbox"/> 中央揃え	<input type="checkbox"/> 左揃え	<input type="checkbox"/> 右揃え	書体	<input type="checkbox"/> ゴシック体	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック体	<input type="checkbox"/> 明朝体
	2行目	<input type="checkbox"/> 中央揃え	<input type="checkbox"/> 左揃え	<input type="checkbox"/> 右揃え		<input type="checkbox"/> ゴシック体	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック体	<input type="checkbox"/> 明朝体
	3行目	<input type="checkbox"/> 中央揃え	<input type="checkbox"/> 左揃え	<input type="checkbox"/> 右揃え		<input type="checkbox"/> ゴシック体	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック体	<input type="checkbox"/> 明朝体

《ご注意》

最低1,000枚以上、1,000枚単位のご発注です。  
1,000枚、2,000枚、3,000枚、4,000枚のご発注は、4アイテム以上からです。

No	1行目文字情報 (15文字以内)	2行目文字情報 (15文字以内)	3行目文字情報 (15文字以内)	JANコード(12桁のみ記入) チェックデジットはご記入不要です。	ご発注枚数 (1,000枚単位)
1					000枚
2					000枚
3					000枚
4					000枚
5					000枚
6					000枚
7					000枚
8					000枚
9					000枚
10					000枚