

マスクケース ご注文用紙

会社名	
ご担当者名	
郵便番号	
ご住所	
お電話番号	
FAX番号	
E-MAIL	

※下記、名入れ封筒のご注文詳細について、ご記入ください。

ご注文日	(用 (日	
サイズ (仕様)	(マスクケース個包装マスク付タイプ ・ マスクケース単品タイプ)	
枚数	(100 ・ 200 ・ 300 ・ 400 ・ 500 ・ 1000 ・ それ以上 (
ベース (背景)	<input type="checkbox"/> タテA ・ <input type="checkbox"/> タテB ・ <input type="checkbox"/> タテC ・ <input type="checkbox"/> タテD ・ <input type="checkbox"/> タテE <input type="checkbox"/> ヨコA ・ <input type="checkbox"/> ヨコB ・ <input type="checkbox"/> ヨコC ・ <input type="checkbox"/> ヨコD ・ <input type="checkbox"/> ヨコE	
印刷内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 社名 <input type="checkbox"/> 社名ロゴ <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> マスクケースである記載 <input type="checkbox"/> 抗菌ニスを使用していることの記載	
※社名ロゴを 印刷希望の方へ	<input type="checkbox"/> 過去に店名印刷有の販促品を注文した (車検証入れ・キーホルダーなど・・・) <input type="checkbox"/> 完全データ (AI)がある。 ※メールにてお送りください。 <input type="checkbox"/> ロゴは有るが、印刷用完全データ (AI)ではないため修正してほしい。	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> 銀行振込 <small>※代金き：8千円以上手数料¥400無料 (10万円以上は銀行振込：前金にて承ります) ※銀行振込：入金確認後の製作開始となります (デザイン決定後でも構いません)</small>	
当店との お取引について	<input type="checkbox"/> 過去に注文したことがある (車検証入れ・キーホルダー・ステッカー等) <input type="checkbox"/> 注文はないが、見積り・サンプル請求をしたことがある <input type="checkbox"/> 今回、この店で初めて依頼する。	
その他 連絡事項がございましたらご記入下さい。		

上記、注文する。 プロズボックス行き

FAX (0796) 37-8101

mail@prozbacs.co.jp