タオル・マイクロファイバークロス　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、タオル・マイクロファイバークロスのご注文詳細について、ご記入ください。

ご注文日			（　　）月（　　）日
商品名			□ 名入れタオル　（ 100 ・ 200 ・ 300 ・【　　】枚）
			□ マイクロファイバークロス　（ 150 ・ 300 ・【　　】枚）
タオルのみ	印刷色		□黒　□紺　□青　□緑　□赤　□橙
	書体の種類		□新ゴ　□新丸ゴ　□リュウミン　□勘亭流
	印刷内容		□A-社名・住所・電話【横組】　□B-ロゴ・住所・電話【横組】 □C-社名・住所・電話【センター配置】　□D-ロゴ・住所・電話【センター配置】 □E-社名・住所・電話・キャッチコピー等　□F-ロゴ・住所・電話・キャッチコピー等
	店名ロゴがある方		□店名ロゴがある □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・・・） □完全データ（AI）がある。　※メールにてお送りください。 □ 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。
梱包方法		タオル	□ポケット付ポリ袋 □のし袋　①ﾃﾞｻﾞｲﾝ（ ｸﾛｰﾊﾞｰ ・ さくら ）　②印字（ なし ・ 有 ） ※印字有りの場合 【表書き】 粗品 ・ ご挨拶 ・（　　） 【差出人】 社名 ・（　　）
		クロス	□ポケット付ポリ袋 □のし袋（白不透明袋・名入れ不可）
お支払方法			銀行振込のみ　※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）
当店とのお取引について			□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） □注文はないが、見積り・サンプル請求をしたことがある □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。　プロズバックス行き

FAX （0796）37-8101　mail@prozbacs.co.jp