

名入れヘルメット専用シート

ファクシミリ方向
(縮小されますので必ずこの方向でご送信下さい。)

FAX:03-3732-1462

e-mail:naire@jamble.co.jp

お申込日 令和 年 月 日

ご希望内容に○をしてください。	見積り希望	ご注文
-----------------	-------	-----

フリガナ
貴社名
ご住所 〒
ご担当者名
TEL FAX
※不在時の場合の緊急連絡先もご記入ください。()

お届け先が上記と異なる場合はご記入ください。
フリガナ
貴社名
ご住所 〒
ご担当者名
TEL FAX

お支払い方法	いずれかに○をしてください。
	前回通り 代引き ※代引き手数料は弊社負担となります
	定期振込 (月末 締め 翌月 ____日払い) ※締め日より 30 日以内
	前金 ※個人の場合は前金とさせていただきます。
※クレジットカード払いに付きましては、ネット注文のみのご対応となります。ジャンプサイトの各商品ページよりご注文ください。	

お客様希望納期	年 月 日	迄 着指定
---------	-------	----------

〈備考欄〉 ※多色シールをご希望の方もこちらに内容をご記入ください。

業務用通販ジャンブレ

旭産業(株)
〒144-0035 東京都大田区南蒲田 2-28-6
TEL:03-3732-7872

●名入れヘルメットのご注文回数

WEB 908-9050

初めて	・	前回通り(年 月)	・	変更あり
-----	---	-------------	---	------

※初めて名入れヘルメットをご注文の場合、商品代金とは別に初版代がかかります。

●ご注文内容記入欄 ※ご注文数量は1セット(5個入り)単位になります。

注文番号	商品名	数量(セット)
		セット
		セット
		セット
		セット

版代計算方法

(ロゴマーク印刷色数+社名印刷色数) × 2,700円

例
(1色 + 1色) × 2,700円 = 5,400円



版代は初回のみでOK!!

同内容のリピー注文では版代はいただきません。但し、次回ご注文までの期間が2年以上空いた場合は初回扱いとなり版代を頂きます。

●加工内容記入欄

印刷色	書体
正面	印刷色 書体
左側面	(内容)
右側面	印刷色 書体
	(内容)
後面	印刷色 書体
	(内容)

ライン	ライン太さ	ライン種類 / 色	数量
1本線	5・7・10 mm	無反射・反射 (色)	個
2本線	5・7・10 mm	無反射・反射 (色)	個
3本線	5・7・10 mm	無反射・反射 (色)	個
線無し			個

●ネームシール注文欄

数量	枚	ネームシールはお客様で自身でご記入・貼付していただく商品です。						
28mm×80mm		<table border="1"> <tr> <td>安全第</td> <td>全社名</td> <td>血液型</td> </tr> <tr> <td>一</td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> </table>	安全第	全社名	血液型	一	氏名	
安全第	全社名	血液型						
一	氏名							