名入れヘルメット専用シート

お申込日　令和　　年　　月　　日

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

お客様番号
受注番号

ご希望内容に〇をしてください。	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	
	いずれかに〇をしてください。
	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。 ジャンブレ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㈱
〒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

版代計算方法

（ロゴマーク印刷色数＋社名印刷色数）　×　2,750円

例
（ 1色　＋　1色 ）× 2,750円　＝　5,500円

版代は初回のみで OK!!

同内容のリピート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

正面	印刷色	
	書　体	

左側面	印刷色	書　体
	（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ご自身でご記入・貼付していただく商品です。

28mm×80mm