



名入れ薬袋 専用シート

WEB:908-9050

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ください)

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	
ご社名	御中
ご住所 〒	
ご担当者様名	様
TEL	FAX
※ご不在の際の緊急連絡先をご記入ください()	
お届け先が上記と異なる場合、ご記入ください。	

フリガナ	
ご社名	御中
ご住所 〒	
ご担当者様名	様
TEL	FAX

お支払方法(ご希望の方法に○をしてください)	
前回通り 代引(手数料弊社負担)	
後日のご請求書払い(締 払)	
前金(手数料お客様ご負担。個人の場合は前金となります。)	
※クレジットカード払いにつきましては、ネット注文のみの ご対応となります。ジャンブレサイトよりご注文ください。	

ご希望の納期	※”着日指定” ”迄”のどちらかを必ずご指定ください。 ※ご指定がない場合は”迄”の手配となります。
年 月 日	迄 / 着日指定

業務用通販ジャンブレ【旭産業株式会社】

〒144-0035 東京都大田区南蒲田2-8-6

FAX:03-3732-1462

お申込日

年

月

日

ご記入方法などのお問合せは
名入れサポートダイヤル(03-3732-7872)へ

お客様番号	受注番号

該当するものを○で囲んでください。

名入れは	新規 (1年以上前)	・ 変更	前回通り	前回	年 月 作成
新規(前回から1年以上経過)・変更の場合初版代が2000円+税がかかります。					

ご注文数量・名入れ内容ご指示欄(デザイン・サイズ・文字色・書体はご希望のものを○で囲んでください)

デザイン	Aタイプ 内服薬	Bタイプ 外用薬	Cタイプ 頓服薬
サイズ	大 182mm×128mm	中 165mm×112mm	小 133mm×96mm

※同じ印刷内容でサイズ違いの商品をご希望の場合、それぞれのサイズで基本版下代が発生します。

文字色	青	赤	緑
-----	---	---	---

名入書体	角ゴシック / 丸ゴシック / 明朝体	※左記の書体以外をご希望の場合は、 別途費用1300円+税が発生します。
------	---------------------	---

ロゴマーク	入れたい ・ 入れない	※ロゴマークの印刷をご希望の場合は、 別途費用1300円+税が発生します。
-------	-------------	--

ロゴマークを入れる場合は、データを
メール(naire@jamble.co.jp)でお送りください。

ご注文数量	1パック(1000枚入)	パック	1ケース(4000枚入)	ケース
-------	--------------	-----	--------------	-----

《名入れ内容ご指示欄》