



名入れ クリア薬袋 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 **ジャンブレ**
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税込7700円かかります。							

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

サイズ	2号 150mm×120mm	3号 180mm×120mm	4号 180mm×140mm
	5号 200mm×150mm	6号 240mm×160mm	7号 240mm×180mm

※同じ印刷内容でサイズ違いの商品をご希望の場合、それぞれ初版代が発生します。

文字色	青(内用袋向き)	赤(外用袋向き)	緑(頓服用袋向き)
-----	----------	----------	-----------

名入書体	角ゴシック / 丸ゴシック / 明朝体
------	---------------------

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、別途費用がかかる場合があります。
-------	-------------	------------------------------------

★データ入稿の場合は、(naire@jamble.co.jp)までご連絡ください。

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

《名入れ内容ご指示欄》

