



介護パック注文シート

(見積依頼書)

03-3893-4483

ご注文受付時間
24 時間受付

お客様情報

ご注文日 年 月 日

(お名前)	(フリガナ)
	様 サマ
(ご住所)	都 道
〒 -	府 県
(電話番号)	(FAX 番号)

ネームワッペンご注文情報

※3,000 円 (税抜) 以上のご注文が条件となります。

お入れするお名前 ※ひらがな・カタカナのみ	(例) みえこ	糸色番号	(例) 1022
書体名 ※和文書体のみ	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック体	<input type="checkbox"/> 太ゴシック体	<input type="checkbox"/> 明朝体
	<input type="checkbox"/> 楷書体	<input type="checkbox"/> 行書体	<input type="checkbox"/> 勘亭流
	※ご注文の書体に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
参考例の中から ご注文される場合	<input type="checkbox"/> 参考例 1	<input type="checkbox"/> 参考例 2	<input type="checkbox"/> 参考例 3
	<input type="checkbox"/> 参考例 4		
	※ご注文の参考例に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
個別で ご注文される場合	大 x ____ 枚	中 x ____ 枚	小 x ____ 枚
	極小 x ____ 枚		

介護用品ご注文情報

※ネームワッペンとセットでの販売となります。

商品名	品番	カラー	数量	縫いつけ希望
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※縫いつけサービス (無料) をご希望される方は を入れてください。

(メモ欄)



旭屋 〒114-0012 東京都北区田端新町 3-18-5 1F

(TEL) 03-3893-4102 (FAX) 03-3893-4483 (URL) <http://www.asahi-ya.jp> (E-mail) info@asahi-ya.jp