



標識DEサイン
オーダーシート

文字入れのご注文・御見積依頼はFAXでお願い致します。

FAX

0120-993-934

ご依頼日 月 日

カナ	カナ	
貴社名	ご担当者名 様	
ご住所 (〒 -)	都道府県	市区町村
TEL	FAX	お支払方法 詳細はホームページ「ご利用ガイド」をご参照ください。
E-Mail	お振込み どちらか○をつけて下さい。	運送会社による代金引換

注文書・見積依頼書 *どちらかに○をしてください *ご注文後には、校正をお出し致します。	品名:マグネットシート1行タイプ 150×400mm	
製作枚数 枚	書体記号	書体名
シートに記載したい文言をご記入下さい。		*書体は当サイトをご覧ください。
		下地色 文字色

【お電話番号ご記載のお客様は電話番号頭に入れる字を変更できます。□にチェックをお願い致します。】

電話マーク要 フリーダイヤルマーク要 上記明記通り

*文字入れ内容を上記へご記入下さい。

アラビア数字、漢数字などは正しく記入してください。

なお、他に原稿がある場合は本紙と一緒にお送りください。

マーク 有
ロゴ 有

* マークやロゴを入れる場合
別料金が必要となります。
御見積・ご注文時は見本が必要です。

*ご希望の場合は○をしてください

直送先、その他ご要望