

リボンバラ 注文フォーム(名入れあり)
 <エクセルに上書きしてメール添付 または FAX送で送信 03-3565-6615>

社名・団体名	社会福祉法人 さわらび福祉会		
担当者様のご氏名	皆藤 久美子	催事名称	野菊野こども園 50周年式典
	ご利用日	5月17日	
ご住所	270-2243 千葉県松戸市野菊野5番		
TEL	047-365-8385	FAX	047-367-5829
Eメールアドレス	nogikuno@dolphin.ocn.ne.jp		
商品発送先 ※上記記載と同じ内容の場合は記載不要です。			
社名・団体名			
担当者様のご氏名			
ご住所	〒		
会場名・建物名			
TEL		FAX	
Eメールアドレス			
注文の返信は	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> Eメール		
納品希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 指定なし 4 月 10日までに(土・日・祝日除く)		
	<input type="checkbox"/> 祝祭日受取り可能 <input type="checkbox"/> 指定 月 日(午前、14-16、16-18、18-20、19-21時)		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換(配達時にクレジット利用可)		
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> ご来社(現金) <input checked="" type="checkbox"/> 必須 <input checked="" type="checkbox"/> コンビニ・郵便局 *後払い		
*後払いは、商品到着後クロネコヤマトより請求書が届きますので、主要コンビニ・郵便局にてお支払い願います。			

リストは2頁目をご利用ください

◎ご自身で作成されたリスト(Word・Excel)でも問題ございません。



	サイズ	色	名入れ内容	
①	特大	赤	会社名	
			部署名	
			役職名	千葉県議会議員
			お名前	河上 茂
②			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
③			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
④			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
⑤			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
⑥			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
⑦			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	
⑧			会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	