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　野菊野こども園		
担当者様のご氏名	皆藤　久美子	催事名称	ご利用日
ご住所	〒270-2243 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@ia4.itkeeper.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	☐ TEL　☐ FAX　☑ Eメール		
納品希望日	☑ 指定なし　4月　15日までに(土・日・祝日除く) ☐ 祝祭日受取り可能		
	☐ 指定　月　日(午前、14-16、16-18、18-20、19-21時)		
お支払い方法 ☑ 必須	☑ 代金引換（配達時にクレジット利用可） ☐ 銀行振込　☐ ご来社(現金) ☐ 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	松戸市　子ども部長
			お名前	板花　克
②	特大	赤	会社名	
			部署名	
			役職名	松戸市　子ども部　保育課長
			お名前	秋谷　允
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	