

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	株式会社インタートレードヘルスケア		
担当者様のご氏名	尾崎 泰豊	催事名称 機能性表示食品	ご利用日 4月18日
ご住所	〒104-0033 東京都中央区新川1-17-21 茅場町ファーストビル3F		
TEL	03-4540-3140	FAX	03-4540-3141
Eメールアドレス	ozakiy@it-healthcare.co.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 checked="" type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> Eメール		
納品希望日	<input type="checkbox"/> 指定なし 4月 17日までに(土・日・祝日除く)		
	<input type="checkbox"/> 祝祭日受取り可能		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 指定 月 日(午前、14-16、16-18、18-20、19-21時)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 必須		
	<input checked="" 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 type="checkbox"/> コンビニ・郵便局 *後払い <small>*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。</small>		

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	中	赤	会社名	
			部署名	
			役職名	
			お名前	渡邊 泰雄
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	