

受注センター行き

日付 年 月 日

発 注 書 チラシ卸売専科チラシレンジャー

※太枠線内は必須事項です。モレの無い様お願いいたします。

お客様の情報	御社名			
	ご担当者様名		TEL	
	ご住所	〒 -		
	メールアドレス or FAX			

納品先情報	御社名			
	ご担当者様名		TEL	
	ご住所	〒 -		
	備考			

※荷主様表記が異なる場合下記にご記入下さい。

荷主様情報	荷主様名		TEL	
	ご住所	〒 -		

ご発注の仕様	商品名		サイズ			
	数量		色数	表	裏	
	断ち	輪転仕上がり or 化粧断裁	データ入稿日	月	日	() 時
	納期	月 日 ()	データ入稿方法			
	折り加工など (特記事項)					

(ご注意)

- ・受付時間は月～金(祝日除く)9時～17時までです。送信後必ず確認のお電話をお願いします。
- ・通常はご入稿後→3営業日(土・日・祝日含みません)後納品日となります。
※北海道、九州方面は+1日かかります。離島は別途ご確認ください。
- ・工場混雑時はご希望の納期に添えかねる場合がございます。(早めにお電話でお問合せ下さい)

ご発注は下記にFAX下さい

FAX 0120-747-044