

# FAX専用依頼書

# FAX 0776-97-8842

お問い合わせ・商品の変更  
キャンセルなどはこちら → **TEL 050-3108-2452**

クリニックユニフォームHP

CLINIC UNIFORM 行

ユニフォームネクスト株式会社 [E-mail] info@clinic-uniform.com

◆ご依頼いただいた当日、もしくは翌営業日中までにご連絡をいたします。  
※連絡がない場合は、FAXが届いていない可能性がありますので、お手数をおかけいたしますが、再度ご連絡いただけますようお願い申し上げます。

<input type="checkbox"/> 注文	<input type="checkbox"/> 見積り	<input type="checkbox"/> ご注文は初めて	<input type="checkbox"/> 初めてではない	申込日	月	日
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換	<input type="checkbox"/> 銀行振込(前払い)	<input type="checkbox"/> 法人向け後払い <small>前回「掛け払い」または「後払い決済」で ご注文の場合はこちらをお選びください。</small>	配送希望日	月	日
ご注文者名	フリガナ	お電話番号1	( )	<input type="checkbox"/> 指定	<input type="checkbox"/> 最短	
貴社名	フリガナ	お電話番号2	( )			
ご住所	〒	FAX番号	( )			
メールアドレス	@		納期連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> メール	

	商品番号	商品名	色番	色名	サイズ	数量	加工	商品備考(加工情報など)
例	31-MZ0018	男女兼用スクラブ(記入例)	C5	ネイビー	S	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	個人名:Yamada
1							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
2							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
3							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
4							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
5							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
6							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
7							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
8							<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

【1】加工をご希望の方は下記から内容をお選びください。

<input type="checkbox"/> 前回同様 過去にご注文いただいた 内容と同じ加工をいたし ます。	<input type="checkbox"/> 新規加工 <input type="checkbox"/> 1. 刺しゅう <small>※【2】をご記入ください</small> <input type="checkbox"/> 2. プリント <small>※【2】をご記入ください</small> <input type="checkbox"/> 転写 <input type="checkbox"/> シルク <input type="checkbox"/> 3. 裾直し(股下 cm) <small>※複数寸法のご指定は備考欄に</small> <input type="checkbox"/> たたき仕上げ <input type="checkbox"/> まつり仕上げ
--	---

【2】【1】で新規加工、かつ刺しゅうorプリントをお選びいただいた方は、加工内容詳細をご記入ください。

① 加工位置をお選びください。  
 左ムネ  右ムネ  左ソデ  右ソデ  
 その他位置 ( ) ※その他の加工位置は、HPの「刺しゅう・プリント」ページにてご覧いただけます。

② 文字のみ・ロゴマーク、どちらの加工をするか詳細をご記入ください。(※加工内容は、大文字・小文字・ドットなど正確にご記入ください。)  
 ▼文字のみを加工する(※当店の書体、カラー見本からお選びください。)

	文字内容	色	書体	各段の文字バランス	文字の揃え方
一段目				おまかせ 小さめ 大きめ	二段、三段をご希望の場合にご記入ください。
二段目				おまかせ 小さめ 大きめ	<input type="checkbox"/> 中央揃え
三段目				おまかせ 小さめ 大きめ	<input type="checkbox"/> 左揃え <input type="checkbox"/> 右揃え

▼ロゴマークを加工する

ロゴデータ 連絡方法	<input type="checkbox"/> メールで送る (info@clinic-uniform.com) <input type="checkbox"/> FAXで送る (FAX: 0776-97-8842)	色	1色目 ( ) 2色目 ( ) 3色目 ( ) 4色目 ( )
---------------	--	---	------------------------------------

備考欄	その他ご希望がある場合は記入をお願いいたします。(例: お届け先住所が異なる場合、複数位置の加工をご希望の場合など)	枚
-----	--	---

↑ FAX 0776-97-8842

● 税込1万円以上のご購入で送料無料

● コピーしてご利用ください