

～こちらのページをプリントしてご記入し、お送りください～

FAX : 0120-194-772

黒のボールペンでハッキリとご記入ください

病院名・施設名・会社名	お申し込み日		刺繍希望有の場合
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
お名前(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> リピート		
	<input type="checkbox"/> 一括出荷希望 <input type="checkbox"/> 分納希望		
ご注文者様住所 (〒 -) 様	TEL:	日中連絡が 取れる番号	TEL:
	FAX:		
	E-MAIL:		
お届け先住所 ※ご注文者様と同じ場合、同様にチェックを入れてください。 同上 <input type="checkbox"/>			

プリントご希望の位置にを入れて下さい。

1:右胸 2:左胸ポケット上 3:左袖 4:右袖 5:背中

《プリントデザイン》 データ有 _____ ※前回ご注文より1年以上経過した場合は、再度型の製版代が発生します
新規プリントデザイン希望 _____ ※ご注文用紙2枚目の備考欄に大体のデザインをお描きください。
 ※ご希望のイラストなどをデータでお持ちの場合、メールにて online-folk@folk.co.jp ご連絡ください

※注意事項

- ①工業洗濯の対応が出来ませんのでご了承ください(ドライクリーニング・タンブラー乾燥も出来ません)
- ②商品のデザインによりプリント出来ないものもあります(プリント位置に段差がある場合、他。)

《カスタマイズする商品》

※プリントカラーなどの詳細は、カタログまたはWEBページをご確認ください。 <https://www.folk.co.jp/>

商品品番	カラー	サイズ	数量	プリントカラー	備考

【お願い】 刺繍・プリントの事例として、フォーク社の印刷物やWEBなどでの紹介をご了承いただける場合は、 にチェックお願いいたします。

個人様ご注文お問い合わせ代表

TEL : 0120-194-717

★ご希望のイラストなどをデータでお持ちの場合、メールにて (online-folk@folk.co.jp) ご連絡ください。

★本用紙は下記ホームページからダウンロードできます。
<https://www.folk.co.jp/download/>

お支払方法

- 商品到着後にコンビニ・郵便局でのお支払い
- 代金引換でのお支払い(手数料300円+税)

～こちらのページをプリントしてご記入し、お送りください～

FAX : 0120-194-772

黒のボールペンでハッキリとご記入ください

デザイン画 プrintのデザインや位置などを自由にご記入ください。

位置:

色数: 色

サイズ:縦 cm × 横 cm

位置:

色数: 色

サイズ:縦 cm × 横 cm

位置:

色数: 色

サイズ:縦 cm × 横 cm

プリント位置が複数ある場合。

プリント位置が複数ある場合。