

病院名・施設名・会社名	お申し込み日		刺繍の追加希望
	年 月 日		☐ 有 ・ ☐ 無
お名前(フリガナ)	☐ 新規 ☐ リピート		
	☐ 一括出荷希望 ☐ 分納希望		
ご注文者様住所 (〒 ー) 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、同上にチェックを入れてください。 同上 ☐			

プリントの種類とご希望の位置に☑を入れて下さい。

● 種類

☐シルクプリント(水性) ☐シルクプリント(油性) ☐DTF転写プリント

● 位置

☐右胸 ☐左胸ポケット上 ☐左袖 ☐右袖 ☐背中

《プリントデザイン》 ☐データ有 _____ ※シルクプリントの場合は前回ご注文より 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をお持ちの場合、メールにて online-folk@folk.co.jp ご連絡ください

※注意事項

- ①工業用洗濯対応についてはご相談ください。
- 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(シルクプリントの場合)	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をお持ちの場合、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。

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。

位置:

色数: 色 (シルクプリントの場合)

サイズ:縦 cm × 横 cm

位置:

色数: 色 (シルクプリントの場合)

サイズ:縦 cm × 横 cm

位置:

色数: 色 (シルクプリントの場合)

サイズ:縦 cm × 横 cm