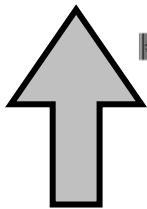


ご注文日	
月	日()送信



HALEIDOSCOPE オーダーシート

お客様コード

FAX送信方向 ※ お持ちの方、ご記入お願い致します。

チーム名
お名前

ご担当者名

※ チームオーダーの方はご記入お願い致します。

お届け先名

住所 〒

電話 日中ご連絡が取れる番号でお願い致します。 FAX

E-mail

No.	Latana カレイドスコープ サイズ / カラー	本数	カスタマイズ内容 (No.名前orメッセージ他)	金額
1	ショート762mm・ショート800mm・ロング・ゴーリー		希望フォント()	
	ブラック・レッド・パープル・ピンク・ブルー・ライトブルー・グリーン・オレンジ			
2	ショート762mm・ショート800mm・ロング・ゴーリー		希望フォント()	
	ブラック・レッド・パープル・ピンク・ブルー・ライトブルー・グリーン・オレンジ			
3	ショート762mm・ショート800mm・ロング・ゴーリー		希望フォント()	
	ブラック・レッド・パープル・ピンク・ブルー・ライトブルー・グリーン・オレンジ			
4	ショート762mm・ショート800mm・ロング・ゴーリー		希望フォント()	
	ブラック・レッド・パープル・ピンク・ブルー・ライトブルー・グリーン・オレンジ			
商品代金合計				

お届け指定日 有 無 「有」の場合 月 日()

お支払方法 銀行振込 代金引換

その他(連絡欄) : _____