

医院看板ドットコムご注文フォーム(FAX用)

プリントアウトしてご使用ください

FAX 06-6310-6966

医院名・会社名	ふりがな
	お名前
TEL	FAX
メール	
ご住所 〒	
デザインのご確認方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み(先払い) <input type="checkbox"/> 代引き配送(現金)
	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み(後払い) <small>※リピートのお客さまで商品代金が1万円未満のご注文のみ</small>
ご注文内容 (サイズ・素材・色・文字内容・デザイン・書体・数量など詳しくご記入ください)	