

< 枚目中 枚目 > ※ シートが複数枚になる場合のみご記入ください。

※ボールペンなどでわかりやすいようはっきりとご記入ください。
※法人様でのご注文の際は、ご担当者様のご氏名もご記入ください。

新規 リピーター

ご注文者情報			お届け先情報			
ご注文日	年	月	日	ご注文者情報と異なる場合は必ずご記入ください。		
フリガナ			フリガナ			
お名前	ご担当者名：		お名前	ご担当者名：		
ご住所	〒		ご住所	〒		
T E L			T E L			
携 帯			携 帯			

※折返し弊社からご注文確認の FAX もしくはメールをお送りいたします。ご都合の良い方にご記入ください。

F A X		メールアドレス	
-------	--	---------	--

■ご注文商品情報

商品番号	色番	サイズ			
商品名	色	枚数			

- お支払い方法 代金引換 ※ 手数料のご負担をお願いいたします。
 銀行払込 (前払い) ※ 振込手数料はお客様のご負担にてお願いいたします。
- お届け希望日 _____ 月 _____ 日 ※ ネームお直しなどの加工がある場合は1週間程度お時間をいただいております。
※ ご希望にお応えしにくい場合はこちらからご連絡させていただきます。
- ◆ 希望時間 指定なし 12時~14時 14時~16時 16時~18時 18時~20時 20時~21時

【代引き手数料について】 (消費税は別途かかります)

お買上げ金額 1万円未満……300円 1万円以上3万円未満……400円 3万円以上10万円未満……600円 10万円以上……1,000円

加工の種類	1. 刺しゅう	加工内容	【お振込先】 三菱東京UFJ銀行 金沢支店 普通 0103647 株式会社 ツバメユニフォーム 振込手数料はお客様ご負担でお願い致します。
	2. プリント		
	3. すそ上げ		

お問い合わせ・商品の変更・キャンセル等は

TEL 0776-21-5884



医療用ユニフォーム専門店

ホワイトユニフォーム

株式会社ツバメユニフォーム
〒910-0015 福井県福井市二の宮2丁目1-4
www.white-uniform.com
E-mail info@white-uniform.com

FAX 0776-21-8911 (24時間受付)