

ご用件※	<input type="checkbox"/> ご注文 <input type="checkbox"/> お見積もり
会社名/部署※	
氏名※	
お電話・FAX※	
ご住所※	〒 _____ - _____
E-Mail※	
品名	※商品番号の記載がないものは品名のみご記入下さい。
色	
寸法	・用紙サイズ： ・断裁： 切 ・指定寸法：（ × mm）
流目	<input type="checkbox"/> 目をそろえる <input type="checkbox"/> バラバラでも良い <input type="checkbox"/> 縦目指定 <input type="checkbox"/> 横目指定 ※仕上がり寸法での目をお選び下さい。家庭用のプリンタで印刷の場合は目を揃える事を推奨します。
連量（厚さ kg）	
数量	枚
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 商品代引 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> ご来社支払
お届け先	<input type="checkbox"/> 宅配便（上記住所） <input type="checkbox"/> 宅配便（上記住所以外） <input type="checkbox"/> ご来社 〒 _____ - _____
お届け日	<input type="checkbox"/> 指定日なし（最短日） <input type="checkbox"/> 指定日なし（土日祝除く） <input type="checkbox"/> 指定日あり（下記に記入） ・ご希望日： 月 日
備考	