

広報のタネ お見積り依頼 ご注文用紙

FAX確認後当社より確認のお電話を致します


■お客様についてお知らせください

ご注文日	年 月 日	納入希望日	年 月 日
発注者名称		所属名称	課・係
ご担当者名		郵便番号	〒
ご住所	都道府県		
TEL	()	FAX	()
請求書宛名			

■商品についてお知らせください

商品番号・タイプ	品名	数量	名入	名入箇所	名入(標語・団体名)原稿指定欄
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> パッケージ <input type="checkbox"/> のし <input type="checkbox"/> 商品本体	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> パッケージ <input type="checkbox"/> のし <input type="checkbox"/> 商品本体	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> パッケージ <input type="checkbox"/> のし <input type="checkbox"/> 商品本体	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> パッケージ <input type="checkbox"/> のし <input type="checkbox"/> 商品本体	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> パッケージ <input type="checkbox"/> のし <input type="checkbox"/> 商品本体	

■のし名入原稿



■商品お届け先のご指定がある場合

お届け先名称	
郵便番号	〒
ご住所	
TEL	()
通信欄	

ご注文 FAX 054-643-6659

株式会社 コツナ FAX 054-643-6659

全国反射材普及促進協議会員 株式会社コツナ 〒426-0017 静岡県藤枝市下当間621-1 TEL 054-641-0939