

# ネーム刺繍付ウェアご注文用紙

**FAX**

～こちらのページをプリントしてご記入し、お送りください～

**FAX : 03-6718-4032**

黒のボールペンでハッキリとご記入ください。

団体名 (物件名)	お申し込み日	プリント希望有の場合
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
お名前 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> リピート (前回の納品日 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 一括出荷希望 <input type="checkbox"/> 分納希望	
住所 (〒 - )  様	TEL :	
	FAX :	
	E-MAIL :	
備考		

刺繍ご希望の位置に☑を入れてください。

1: 右胸 2: 左胸ポケット上 3: 左袖 4: 右袖 5: 背中

## ※注意事項

- ①PHS ポケット付の商品・ファスナーが左側にある商品→左胸への刺繍ができません。
- ②袖口が細い商品→袖への刺繍ができない場合があります。
- ③サイズによって刺繍できない位置もあります。
- ④商品の素材によりきれいに表現できないものもあります。(ポロシャツ・エアリアルピンホールの生地・ニット素材)

《マーク・ロゴ刺繍》 データ有 \_\_\_\_\_ ※文字刺繍のみは、データ保管を行っておりません。  
新規刺繍デザイン希望 \_\_\_\_\_ ※ご注文用紙 2 枚目の備考欄に大体のデザインをお書きください。

## 《ネーム刺繍をする商品》

商品品番 / 品名	カラー	サイズ	数量	糸色	書体	刺繍文字 (この欄へは楷書体でお書きください)

出荷予定納期

年 月 日 頃になります

納期確定後のキャンセル・商品返品は不可となります。

お問い合わせ代表 TEL:03-6718-4032

★ご希望のイラストなどをデータでお持ちの場合、メールにて (info@medicare-shop.com) ご連絡ください。