

(株) に し ば た 行

(FAX : 06-6354-0762)

申込日

2024 年 月 日

受付 No.

タオル申込用紙

お客様名			
住 所	〒 () - () 都道府県	市郡区	
電 話	☎ () -	FAX ()	-
お届け先	お届け先名		☎ () -
※上記と異なる場合のみご記入下さい	〒 () - () 都道府県	市郡区	
メールアドレス	@		
※校正をメールにてお送りいたしますので必ずご記入ください			

ご希望商品記入欄

商品 No.	商品名	数量	単価 (税込)	金額
				円
				円
				円
			合計	円

納期 : すべて原稿決定から約 2 週間でお届けいたします。

名 入 れ 原 稿 記 入 欄 【 1. 前回と同じ 2. 変更あり 3. 新規 】 (いずれかを○でお囲み下さい)

ご希望の印刷内容のみご記入下さい。

※前回と同じ原稿で印刷する場合は原稿記入欄へ記入して頂く必要はありません。

代理店名			
住所	〒 () - () 都道府県	市郡区	
TEL	() -	FAX	() -
その他			

< 原稿書体 >

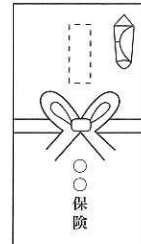
明朝体	
楷書体	
角ゴシック	
丸ゴシック	

○でご指定ください。
記入ない場合は角ゴシックで作成いたします。

< タオル熨斗紙記入欄 >

粗品	
御多織る	
御挨拶	
御年賀	
無し	

○でご指定ください。
記入ない場合は粗品で作成いたします。



一般社団法人 福岡県損害保険代理業協会

TEL 092-481-3424

FAX 092-482-3435